



Dispositifs d'offres de soins obstétrico-pédiatriques : filières, trajectoires, usagers

Madeleine Akrich, Aude Develay, Michel Naiditch, Bernike Pasveer, Yann
Bourgueil

► To cite this version:

Madeleine Akrich, Aude Develay, Michel Naiditch, Bernike Pasveer, Yann Bourgueil. Dispositifs d'offres de soins obstétrico-pédiatriques : filières, trajectoires, usagers. 2000. halshs-00082068

HAL Id: halshs-00082068

<https://shs.hal.science/halshs-00082068>

Submitted on 26 Jun 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Akrich, M., Develay, A., Naiditch, M., Pasveer, B. et Bourgueil, Y.,
Dispositifs d'offres de soins obstétrico-pédiatriques :
filières, trajectoires, usagers,
Paris, CSI-ENSMP/Groupe Image-ENSP.2000

INTRODUCTION GÉNÉRALE	5
1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE.....	5
2. TERRAINS ET MÉTHODES	7
3. PLAN DU RAPPORT	9

PREMIÈRE PARTIE: RÉSEAUX OBSTÉTRICO-PÉDIATRIQUES EN FRANCE ET AUX PAYS-BAS

CHAPITRE 1 LE RÉSEAU DU HAUT-NIVERNAIS	13
1. L'HISTOIRE DU RÉSEAU DU HAUT NIVERNAIS	13
2. LE RÉSEAU DU HAUT-NIVERNAIS EN FONCTIONNEMENT	27
3. CONCLUSION.....	42

CHAPITRE 2 LA CONSULTATION AVANCÉE D'ISSOUDUN.....	43
1. LE CONTEXTE OBSTÉTRICO-PÉDIATRIQUE	45
2. LES ACTEURS DU DISPOSITIF DE CONSULTATION.....	47
3. FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF DE CONSULTATION AVANCÉE D'ISSOUDUN	49
4. LIENS DU DISPOSITIF DE CONSULTATION AVANCÉE AVEC LES ACTEURS “ EXTÉRIEURS ”	54
5. CONCLUSION : QU'EN EST-IL DES FILIÈRES A PRIORI DANS LE CADRE DU DISPOSITIF DE CONSULTATION AVANCÉE ?	57

CHAPITRE 3 LA CLINIQUE DES NORIETS.....	61
1. LES MODALITÉS DE COORDINATION INTERNE.....	63
2. LES FORMES DE COORDINATION AVEC L'EXTÉRIEUR	79
3. CONCLUSION.....	84

CHAPITRE 4 L'OBSTÉTRIQUE AUX PAYS-BAS : DE L'INSTITUTION AUX PRATIQUES	85
---	-----------

1. L'OBSTÉTRIQUE NÉERLANDAISE, UN MODÈLE D'ARTICULATION THÉORIQUE	85
2. PRATIQUES COORDONNÉES ET AMÉNAGEMENTS DU MODÈLE	94
3. LES PRATIQUES DES SAGES-FEMMES, OU DES MULTIPLES TRADUCTIONS DU MODÈLE.....	103
4. CONCLUSIONS.....	114

CONCLUSION : DES MODALITÉS DE COORDINATION AUX RÉSEAUX DE SOINS	117
--	-----

DEUXIÈME PARTIE: LES USAGERS, ACTEURS DE L'OBSTÉTRIQUE

CHAPITRE 5 CONSTRUCTION DES TRAJECTOIRES EN FRANCE	127
--	-----

1. LA PRESCRIPTION : S'EN REMETTRE AUX PROFESSIONNELS ET/OU AUX ORGANISATIONS.....	129
2. LA PROCURATION : S'EN REMETTRE À DES SEMBLABLES.....	138
3. L'HYBRIDATION DES TRAJECTOIRES.....	142
4. TRANSITION : DE LA CONFIANCE AUX CRITÈRES	148
5. L'EXPÉRIMENTATION : ÉPROUVER UN ESPACE DE CHOIX	149
6. LA DÉTERMINATION : RÉALISER SON CHOIX.....	157
7. CONCLUSION.....	171

CHAPITRE 6 LA PÉRIDURALE, UN CHOIX DES FEMMES ?	177
---	-----

1. SAVOIR CE QUE L'ON VEUT, LÀ EST LA QUESTION.....	181
2. DES CHOSES QUI SUIVENT LEUR COURS.....	186
3. CHOISIR SES CHÂÎNES.....	194
4. CONCLUSION.....	197

CHAPITRE 7 L'OBSTÉTRIQUE NÉERLANDAISE PRATiquÉE PAR SES CLIENTES	199
---	-----

1. LE CHOIX D'UNE SAGE-FEMME.....	201
2. LE CADRE DE LA NAISSANCE.....	207
3. LES INTERACTIONS AVEC L'OBSTÉTRIQUE PENDANT LA GROSSESSE.....	215
4. LA DOULEUR	219
5. CONCLUSION : COMPARAISON FRANCE-PAYS-BAS	224

ANNEXES

ANNEXE 1 EVALUATION DU RÉSEAU DU HAUT-NIVERNAIS	229
1. MÉTHODE.....	229
2. RÉSULTATS	235
 ANNEXE 2 L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE AUX PAYS-BAS	247
1. LES PRÉMICES	248
2. LE TRAVAIL.....	250
3. LA POUSSÉE.....	255
4. APRÈS LA NAISSANCE.....	257
5. CONCLUSIONS.....	263
 ANNEXE 3 SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE	267

Introduction générale

1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE

Dans cette recherche, nous nous proposons d'analyser, dans le domaine du suivi de grossesse, de l'accouchement et de ses suites, les rapports existant entre différentes formes d'organisation de l'offre de soins et les trajectoires effectives des femmes. Deux grands ensembles de questions étaient posés qui concernaient :

- d'une part l'organisation de l'offre, les représentations plus ou moins explicites et partagées des acteurs quant aux trajectoires « idéales » et les mécanismes de coordination/ orientation permettant d'assurer une réalisation même partielle des filières associées à ces trajectoires idéales,
- d'autre part la manière dont, du point de vue des femmes, s'organise leur trajectoire propre, les ressources qu'elles mobilisent afin de prendre un certain nombre de décisions, la façon dont se déroule leur interaction avec le système d'offres auquel elles sont confrontées, et ce qu'elles perçoivent des rationalités à l'œuvre dans l'organisation de cette offre.

De la sorte, nous souhaitons nous donner les moyens d'appréhender à la fois les efforts des professionnels en vue d'optimiser, de leur point de vue, le suivi de grossesse et les stratégies déployées par les parents dans le « même » objectif, afin d'évaluer l'influence réciproque de ces deux mouvements et leur possible congruence.

En ce qui concerne le premier ensemble de questions, nous avons choisi de donner une certaine prééminence aux dispositifs dits « en réseau » qui sont aujourd'hui au cœur de la politique périnatale. Ce faisant, nous plaçons au centre de nos interrogations la question des modalités de coordination entre les professionnels impliqués dans le suivi de grossesse et l'accouchement. En effet, les évolutions techniques et organisationnelles des dernières années ont conduit à une spécialisation toujours accrue des différents professionnels et à l'engagement de technologies toujours plus sophistiquées dans la gestion des cas difficiles, technologies et compétences qui ne peuvent donc être

présentes en tout lieu d'accouchement. Du coup, s'est posé d'une part le problème de la bonne allocation des ressources et d'autre part celui des modalités de coordination entre les professionnels en vue de permettre une continuité du suivi et une orientation optimale des femmes. Par rapport à ces questions, le cas des Pays-Bas est apparu comme un contrepoint intéressant dans la mesure où toute l'organisation y est basée sur le postulat d'une sélection possible des femmes en fonction de leur niveau de risque et sur l'adaptation radicale des moyens de surveillance et des formes de compétences impliquées à chacun de ces niveaux de risque.

De façon plus spécifique, nous nous proposons sur un certain nombre de dispositifs contrastés – dispositifs qui se donnent à voir comme présentant une certaine unité et autonomie – :

- de décrire l'organisation de ces dispositifs de prise en charge du suivi de grossesse ainsi que leur fonctionnement ;
- d'analyser le cas échéant la manière dont ils se sont construits en décrivant les dynamiques sociales et professionnelles qui sont à leur origine ;
- de repérer les outils formels ou informels qui permettent la coordination entre les acteurs et l'instauration d'une continuité des soins ;
- de décrire le cas échéant les filières a priori qui sont visées par tel ou tel dispositif et les mécanismes, procédures, outils qui permettent de donner une certaine visibilité à ces filières ;
- de nous interroger sur la manière dont les usagers sont intégrés ou non dans la définition de ces filières, sur les moyens mis en œuvre de manière à guider et encadrer leur parcours, voire à les faire participer, adhérer à l'organisation en cause.

En ce qui concerne le deuxième volet de la recherche, il s'agissait :

- d'analyser les ressources mobilisées par les femmes (ou les couples) pour construire leur trajectoire personnelle, de repérer les décisions prises et ce qui est décrit comme déterminant dans ces décisions ;
- d'analyser les modes d'interaction des femmes avec les professionnels et la manière dont elles les interprètent ;
- d'appréhender les trajectoires telles que les usagers se les représentent et de voir quelle place est laissée dans cette représentation aux critères mis en œuvre par les professionnels et à ceux exprimés comme relevant du point de vue des usagers eux-mêmes.

2. TERRAINS ET MÉTHODES

En ce qui concerne la première partie de ce travail, nous avons étudié comme prévu trois dispositifs français et trois dispositifs néerlandais.

En France, notre choix s'est porté sur :

- le réseau du Haut-Nivernais qui présente la caractéristique, comme son nom l'indique, d'être une organisation en réseau, associant professionnels du secteur libéral – principalement des généralistes – professionnels du secteur psychosocial, et professionnels du secteur hospitalier. Par ailleurs, l'histoire même du réseau est une histoire faite de négociations qui ont vu l'explicitation des objectifs poursuivis, entre autres des trajectoires souhaitables, et l'élaboration d'outils spécifiques en vue d'atteindre ces objectifs ;
- la consultation avancée d'Issoudun qui représente une autre sorte d'organisation en réseau, très différente de la précédente, dans la mesure où elle s'inscrit dans une logique de « structures », et se trouve portée exclusivement par les établissements hospitaliers ;
- une clinique privée de la région parisienne qui fait partie d'un réseau « périnatal » associant des établissements de différents niveaux afin d'assurer le transfert des femmes et des enfants qui le nécessitent, mais aussi qui présente un certain nombre de caractéristiques intéressantes : les médecins y ont leur cabinet et sont rémunérés à l'acte, mais la surveillance des accouchements s'y effectue par un système de garde comme en milieu hospitalier ; les relations avec l'environnement y sont très développées ; la clinique se situe dans une zone de banlieue peu favorisée, d'où la question de l'articulation éventuelle avec les services sanitaires et sociaux.

Sur ces trois terrains, des entretiens ont été menés avec la plupart des acteurs explicitement impliqués dans les dispositifs en question, ainsi qu'avec un certain nombre d'acteurs plus périphériques : par exemple, sur les deux premiers terrains, un certain nombre de généralistes du secteur ont été interviewés, sur le dernier terrain, plusieurs entretiens ont été réalisés avec des personnes de la P.M.I. locale. Par ailleurs, l'analyse du réseau du Haut-Nivernais a bénéficié du fait que le groupe Image était impliqué depuis son démarrage dans sa mise au point : c'est ce qui nous a permis de retracer avec précision son histoire.

Aux Pays-Bas, les trois cabinets de sages-femmes ont été choisis dans des régions connues pour avoir des statistiques assez différentes en ce qui concerne les pourcentages d'accouchement à domicile/ accouchement à l'hôpital, et sont situés dans des environnements immédiats eux aussi contrastés : une métropole qui offre de multiples possibilités en termes de cabinets de sages-femmes, une petite ville de province où l'éventail est déjà beaucoup plus restreint, un village en milieu rural où le choix est à

peu près inexistant. Chaque sage-femme a été interviewée deux fois, et une journée d'observation du déroulement des consultations a pu être réalisée dans chaque cas.

En ce qui concerne le volet « usagers », une cinquantaine d'entretiens approfondis ont été réalisés en France, et une dizaine aux Pays-Bas ; quelques femmes ont par ailleurs accepté de tenir un journal de bord de leur grossesse tant en France qu'aux Pays-Bas ce qui nous a permis de collecter un matériau riche en complément des entretiens. Comme il était convenu dans le projet, un certain nombre de ces entretiens ont été réalisés dans la zone d'attraction des dispositifs étudiés, et le reste, environ la moitié, a été réalisé un peu partout en France, au gré des opportunités qui se sont présentées. L'idée était d'obtenir un panorama aussi large que possible des différents comportements possibles. Les entretiens portaient sur l'ensemble du processus de la grossesse, jusqu'à l'accouchement et après. Pour l'analyse, nous avons choisi de nous concentrer sur deux grands ensembles de questions :

- d'une part, nous nous sommes intéressés à ce qui constitue les points d'inflexion majeurs des trajectoires des femmes françaises et néerlandaises, à savoir, le choix d'un praticien et respectivement le choix d'un établissement / le choix d'un lieu d'accouchement (domicile/ polyclinique) ; notre questionnement a porté à la fois sur les modalités spécifiques qui permettent de comprendre comment pour une femme donnée se construit son parcours et sur les relations existants entre ce parcours et l'offre environnante ;
- d'autre part, nous nous sommes concentrés sur la question de la douleur et de la péridurale en particulier : en effet, en France tout au moins, l'irruption de cette technique analgésique et la mise en place de son remboursement systématique ont fait émergé l'idée d'une femme autonome, maître de ses choix ; nous nous interrogerons sur la pertinence de ce modèle pour décrire la manière dont en pratique se gèrent ces questions.

Nous n'avons finalement pas exploité dans ce rapport ce qui se rapporte à la question du diagnostic prénatal, dans la mesure où durant la période de notre travail, les procédures et techniques employées ont connu de grands bouleversements avec la généralisation du triple test ; ainsi par exemple, entre le moment où nous avons réalisé les entretiens des femmes de la région de Clamecy et le moment où nous avons rencontré les généralistes, cette technique est passé d'un statut localement inexistant à un statut de point de passage quasi-obligé. Les enseignements que nous aurions pu tirer d'une telle analyse auraient donc été limités et en partie dépassés avant que de voir le jour.

3. PLAN DU RAPPORT

Ce rapport est scindé en deux grandes parties qui correspondent aux deux grands ensembles de questions précédemment décrits. La première partie est consacrée à la description et à l'analyse de dispositifs d'offre de soins obstétrico-pédiatriques. Les trois premiers chapitres correspondent aux trois dispositifs étudiés en France, le quatrième inclut une description assez générale du fonctionnement de l'obstétrique néerlandaise ainsi que l'analyse détaillée des pratiques des trois sages-femmes ayant fait l'objet de l'enquête. En effet, aux Pays-Bas, il est impossible de séparer ce qui se passe dans un cabinet particulier de l'ensemble des règles, procédures, organisations qui définissent de façon plus générale le fonctionnement de l'obstétrique : le travail fait localement par chaque sage-femme ne prend de sens qu'en considération des modalités de coordination qui existent avec les autres acteurs du monde obstétrical, d'où la nécessité de décrire les articulations entre les différents niveaux de soins. Dans la conclusion, nous essayerons de retraduire ces différentes configurations dans un espace commun en construisant une typologie basée sur la nature des coordinations à l'œuvre dans chacune d'entre elles.

La seconde partie est consacrée à l'analyse des stratégies des femmes quant à la construction de leurs trajectoires. Elle est scindée en trois chapitres : le premier présente les différentes modalités par lesquelles les femmes françaises effectuent les choix qui s'avèrent déterminants dans l'élaboration de leur trajectoire : choix du praticien ou des praticiens qui vont suivre la grossesse et l'accouchement et/ou choix de l'établissement, voire choix des cours de préparation à l'accouchement. Le second chapitre s'intéresse à la manière dont les décisions concernant la péridurale sont prises : nous nous trouvons ici dans un cas de figure extrême dans la mesure où cette décision est supposée revenir intégralement à la femme ; qu'en est-il exactement si l'on aborde cette question en partant du point de vue exprimé par les femmes ? Le point revêt une certaine importance du fait que certains professionnels s'appuient sur l'idée d'une demande des femmes vis à vis de cette technique pour écarter d'autres modes d'organisation pour la prise en charge de l'accouchement. Enfin un troisième chapitre envisage, sinon les mêmes questions, du moins les questions correspondantes dans le cas des femmes néerlandaises : de quelle manière choisissent-elles le cabinet de sages-femmes qui va les suivre ? Pour quelles raisons certaines d'entre elles se dirigent-elles d'emblée vers l'obstétricien ? Comment se déterminent-elles vis à vis de l'accouchement à domicile et de l'accouchement « ambulatoire » ? Comment la douleur est-elle gérée, en l'absence de toute possibilité banalisée d'accès à la péridurale ?

En annexe, nous présentons l'évaluation qui a été faite du fonctionnement du réseau du Haut-Nivernais ; comme nous le verrons dans la suite, la possibilité même de réaliser ce genre d'évaluation est directement liée à la forme de l'organisation ; pour des raisons différentes, les deux autres dispositifs ne se prêtaient pas d'emblée à un tel travail. En deuxième annexe, nous présentons une description de l'accouchement tel qu'il se déroule aux Pays-Bas, en insistant sur les marges de manœuvre qui sont laissées à la

femme en même temps que sur les contraintes qui pèsent sur elle : il s'agit d'échapper aux deux représentations stéréotypées de l'accouchement néerlandais, la première qui y voit l'expression d'une liberté sans bornes de la femme qui peut s'exprimer intégralement dans cette expérience, la deuxième qui considère qu'il s'agit d'un carcan dans la mesure où une technique comme la péridurale n'est pas disponible.

Première partie

Réseaux obstétrico-pédiatriques en France et aux Pays-Bas

Chapitre 1

Le réseau du Haut-Nivernais

1. L'HISTOIRE DU RÉSEAU DU HAUT NIVERNAIS

1.1. Le contexte de la recherche/intervention

Fin Novembre 1993, les chercheurs du Groupe IMAGE sont sollicités par le Directeur de l'hôpital de Clamecy pour l'aider à réfléchir au devenir de la maternité de l'hôpital de Clamecy qu'il dirige depuis cinq mois (prise de fonction en juin de la même année). Il s'agit d'une structure MCO de 3^{ème} catégorie, situé en Bourgogne, dans le département de la Nièvre, dans une zone relativement isolée puisque distant de 45 km d'Auxerre et de 70 km de Nevers. Cet hôpital gère 240 lits dont 70 lits de court séjour (33 lits de chirurgie, 30 lits de médecine polyvalente à orientation gériatrique et une maternité de 7 lits). Si cet hôpital peut être considéré comme relativement bien équipé sur le plan architectural, ayant bénéficié d'une rénovation en 1989, il apparaît très nettement sous-doté en personnel, celui-ci ne représentant que 60% des charges du budget. Cette sous-dotation est la conséquence de la politique de la DDASS, qui s'était opposée à ces travaux mais a dû s'incliner face au poids politique du président du CA, à la fois Maire, Député et Président du Conseil Général de ce département.

A son arrivée, le nouveau directeur va se trouver confronté à une situation difficile, d'un triple point de vue, local, régional et national.

Sur le plan local, l'hôpital a fonctionné avec un directeur intérimaire depuis près de 2 ans et demi. La situation de la maternité est précaire, fragilisée par l'absence prolongée

de praticien obstétricien depuis fin octobre 1991 (le nouveau spécialiste, non PH, est arrivé le mois précédent l'arrivée du directeur). La maternité n'a effectué que 89 accouchements en 1992. La situation globale est aggravée par l'absence de médecin titulaire dans le service de médecine. Un seul poste de chirurgien sur les deux prévus est pourvu. Par contre, il existe une anesthésiste réanimatrice, présidente de la CME, extrêmement compétente et active, très dévouée à cet établissement qu'elle a porté à bout de bras jusqu'à l'arrivée du nouveau directeur. Les liens avec les médecins généralistes sont plutôt distendus, voire emprunts d'une certaine hostilité de la part de ceux qui exercent dans l'agglomération. L'hôpital entretient de meilleures relations avec les médecins de l'arrondissement qui sont installés en périphérie de la ville. Il paraît souffrir d'un déficit d'image ancien, du fait en partie de son histoire tourmentée ayant du, pendant longtemps, affronter la concurrence d'une clinique privée chirurgicale, maintenant fermée, pour laquelle il faisait office de mouvoir.

Sur le plan régional, le contexte est particulier. Les différentes commissions créées dans le cadre de la préparation du SROS de première génération ont commencé à se mettre en place mais les soignants et administratif de Clamecy n'ont pas, jusqu'alors, participé aux travaux des différentes commissions. L'élaboration du SROS prend place dans un climat un peu spécial lié, d'une part, au caractère éminemment politique du processus qui a présidé aux premières réunions, et d'autre part, à la composition des différents groupes de réflexion marquée par une très forte représentation des grands centres urbains (notamment Dijon avec la présence du CHU) et des tutelles et enfin aux relations tendues entre ces dernières et certains établissements périphériques.

Enfin, sur le plan national, le contexte politique est favorable à la rationalisation de l'offre et le gouvernement vient d'annoncer la fermeture de 22000 lits de court séjour. Les structures visées sont évidemment en priorité les établissements les moins actifs et les établissements ruraux. Le débat porte sur l'arbitrage difficile entre sécurité et proximité. Il est très vigoureux, notamment dans le domaine de la périnatalité où le chiffre de 300 accouchements annuels est avancé comme le minimum requis pour assurer une sécurité acceptable.

Dès son arrivée, le directeur entame un travail de réflexion avec la présidente de la CME et le nouvel obstétricien. Il tente d'analyser la nature des populations desservie par l'hôpital et la maternité, tout en essayant de renouer, sans grand succès apparent, les liens avec les généralistes (il n'existe pas de spécialistes installés dans le secteur couvert par l'hôpital) et les tutelles. Ce travail débouche sur les constats et objectifs suivants : la maternité semble desservir une population assez défavorisée dont une partie (15%) peut être considérée en situation précaire ; la qualité du suivi des grossesses laisse à désirer ; la coopération avec les médecins de ville doit être améliorée, de même que celle avec la PMI ; Mais surtout l'hôpital doit retrouver une plus forte crédibilité, ce qui passe par une amélioration de sa dotation en personnel médical mais surtout par un projet d'établissement ambitieux.

La stratégie choisie n'est pas de chercher à maintenir la maternité à tout prix mais plutôt de raisonner en termes de santé publique, c'est à dire de chercher la meilleure réponse possible aux besoins de la population desservie. Le Groupe IMAGE est donc sollicité pour une mission diagnostique destinée à répondre à la question suivante : le maintien de la maternité est-il la seule réponse possible aux besoins de la population dans le domaine de l'obstétrique ?

Il se trouve en effet que, 15 jours avant la première rencontre du directeur et du Groupe IMAGE, un avant-projet de SROS a commencé à circuler. Deux grands principes conditionnent la nature du projet :

- la seule existence d'un établissement et sa proximité ne sont pas des arguments suffisants en faveur de la sécurité des soins considérée comme un des aspects de la qualité,
- la population n'hésite plus dorénavant à se déplacer pour se faire soigner ou pour accoucher.

De ces deux principes, découle naturellement la proposition de fermeture de l'activité d'accouchement de la maternité avec sa transformation en centre de consultations avancées. La suppression du service de chirurgie est également envisagée, étant donné le faible niveau d'activité qui paraît résulter du faible potentiel de la demande, ainsi que la transformation du service d'urgence en antenne d'accueil et d'orientation. En bref, c'est toute l'existence de l'activité aiguë de l'hôpital de Clamecy qui se trouve remise en question.

Ces propositions diffusent rapidement auprès de la population, des instances municipales et départementales et entraînent des réactions très hostiles, une forte mobilisation et le soutien de personnalités politiques de tous bords. Ces réactions seront encore plus fortes dans d'autres villes comme Autun, dont l'hôpital est également menacé. On remarquera à cette occasion que la quasi-totalité des médecins, tout en n'étant pas les fers de lance de cette agitation, participe aux manifestations et accepte de signer les pétitions en faveur du maintien de l'ensemble des activités de l'hôpital. C'est dans ces circonstances que le groupe IMAGE va intervenir une première fois, à la fin de cette période agitée qui a vu le gouvernement revenir sur ses déclarations de fermeture massive, tout en continuant d'afficher comme principe la nécessité de rationaliser l'offre de soins.

Au bout d'une quinzaine de jours d'enquête, nous concluons à la nécessité de conserver l'activité d'accouchement, étant donné les difficultés considérables qu'il y aurait à mettre en place une consultation avancée efficiente, susceptible de palier aux conséquences prévisibles de l'arrêt de l'activité d'obstétrique à Clamecy. Cependant, nous insistons sur la nécessité de transformer profondément les conditions de suivi des grossesses dans la zone desservie : prendre en compte le dépistage précoce des risques

sociaux, construire un réseau de prise en charge entre la ville et l'hôpital ; travailler en partenariat avec d'autres structures et d'autres professionnels du soin.

Nous proposons alors au directeur de travailler dans deux directions : la faisabilité de la construction d'un réseau de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement couplée à l'analyse de la place et du rôle tenus par l'hôpital dans sa communauté et des dynamiques sociales qui s'y appuient, cette dernière étude étant réalisée par un professeur de santé publique de l'université d'Ann Arbor (Michigan), sociologue de formation et spécialiste dans son pays des petits hôpitaux ruraux.

Ce travail de quatre mois aboutit à deux rapports soumis début juin 1994 au nouveau directeur de la DRASS (nommé en janvier 1994). Celui-ci prend ses fonctions alors que les travaux du SROS sont dans leur phase de finalisation, il reprend le dossier sur d'autres bases. Il est partisan du dialogue avec les professionnels qu'il ne craint pas et, de par sa formation initiale, est plus accessible au thème de la périnatalité car très sensible aux problèmes de la petite enfance. Il accepte en février 1994 la nomination de l'obstétricien comme PH à temps partiel et d'un nouveau PH plein temps en gériatrie. Puis, après un ultime arbitrage ministériel, il décide le principe d'une expérimentation sur deux ans destinée à tester la faisabilité de ce projet de réseau.

Nous allons maintenant décrire, dans une première partie, le travail de quatre mois qui a permis que soit élaboré puis accepté par les acteurs locaux, un modèle conceptuel de réseau. Dans une deuxième partie, nous présenterons la construction et la mise en place des différents outils du réseau, qui se sont étendues sur une période de deux ans.

1.2. La construction du modèle conceptuel du réseau

Lors de cette première étude de quatre mois, nous avons rencontré un certain nombre de professionnels et en particulier, les médecins de l'arrondissement considérés par nos relais au sein de la communauté, comme les plus respectés sur le plan professionnel ou comme les plus influents.

Au départ, nous avons pu nous appuyer sur un petit noyau de praticiens. Celui-ci s'était constitué autour d'un projet de formation continue et ils avaient pris l'habitude de se réunir une fois par mois sur des thèmes choisis par eux-mêmes. Ils ont d'emblée été sensibles aux arguments que nous leur avons avancés : le problème posé par le suivi des grossesses et notamment, la nécessité de raisonner en termes de santé publique et de population. Se sentant par ailleurs assez isolés dans leurs pratiques, les thèmes d'évaluation collective et de travail en réseau leur sont apparus comme fédérateurs, même si l'obstétrique ne constituait pas leur préoccupation majeure. Ils étaient presque tous favorables au maintien de l'hôpital tout en reprochant aux praticiens hospitaliers de ne pas suffisamment tenir compte de leurs avis et de leurs besoins, autrement dit, de ne pas les reconnaître comme des partenaires à part entière. Les médecins libéraux

manifestaient par ailleurs, une certaine méfiance vis-à-vis de l'obstétricien nouvellement arrivé et peu connu. Exerçant à mi-temps en pratique libérale dans un cabinet situé dans l'un des locaux de l'hôpital, il était considéré par les médecins libéraux, sans que ceci m'ait été dit ouvertement, plus comme un concurrent potentiel que comme une ressource spécifique. Certains médecins lui reprochaient en outre de bénéficier grâce à l'hôpital, de conditions d'exercice avantageuses (en termes de loyer pour son cabinet). Mais surtout, il lui était reproché de ne pas leur avoir rendu visite lors de son arrivée, ce qu'ils prenaient comme un acte de mépris. En dépit de ces griefs, ce groupe de médecins se disait néanmoins prêt à coopérer avec l'obstétricien et avec l'hôpital, la nomination du nouveau directeur, perçu comme une personnalité dynamique, ayant été bien accueillie.

De son côté, l'obstétricien, au parcours atypique, s'était formé tout seul aux concepts de santé publique et de santé des populations grâce à son expérience en outre-mer et à sa participation à l'enquête périnatale commandée par le département de la Seine-Saint-Denis où il avait exercé pendant 3 ans. Il a manifesté, lors de notre premier entretien, une opinion relativement défavorable envers les médecins libéraux, à l'exception de quelques uns d'entre eux, en matière de connaissance et de pratiques obstétricales et un doute quant à leur capacité, à s'améliorer et à coopérer avec lui et l'hôpital. Mais, dans la mesure où nous étions des médiateurs à la compétence reconnue (au hasard de relations communes) et prêts à faciliter la conception et la mise en route du projet de réseau coopératif, l'obstétricien s'est engagé à faire des efforts de collaboration.

La majorité des autres médecins apparaissait beaucoup plus réservée sur la nature du projet pour plusieurs raisons : d'une part, les pratiques en réseau en obstétrique étaient très peu connues des professionnels et peu d'expériences de cette nature avaient été évaluées à cette époque. Même les réseaux ville/hôpital Sida leur étaient peu familiers, ce problème ne se posant pas avec acuité dans leur pratique. L'obstétrique constituait pour la plupart d'entre eux une faible partie de leur activité et pour laquelle ils manifestaient une appétence faible.

Par ailleurs, les enjeux liés au maintien de la maternité, en terme d'activité chirurgicale ne leur semblaient pas primordiaux. Assez souvent hostiles à l'hôpital, les médecins généralistes envisageaient sereinement la possibilité de se passer de son service de chirurgie, au bénéfice d'autres structures (Nevers, mais surtout les cliniques chirurgicales d'Auxerre et de Côtés-sur-Loire) avec lesquels ils travaillaient déjà. C'était en particulier le cas des médecins exerçant en ville qui, ayant pour la plupart dépassé la cinquantaine et fonctionnant presque tous en secteur 2, avaient tendance à considérer leur clientèle comme captive et soumise à leur bon vouloir. Ils étaient par ailleurs peu enthousiastes devant la perspective de travailler avec la PMI qui était vécue soit comme une institution rivale soit totalement hors jeu. Seule la suppression du service de médecine aiguë et surtout des urgences semblait gêner ces médecins car ils y voyaient, à la fois, le risque de devoir gérer eux-mêmes une partie des situations qu'ils

déléguèrent assez facilement jusqu'alors à l'hôpital mais aussi une moindre sécurité pour leurs patients. Et c'est probablement cette seule perspective qui les avait poussé à manifester face aux menaces de fermeture. D'une façon générale, beaucoup n'anticipaient pas dans ce projet de réseau de grossesse de changements majeurs quant à leur pratique, dans la mesure où ils pensaient déjà suivre les grossesses conformément à ce qui leur était proposé, passant la main au spécialiste quand ils le jugeaient nécessaire. Autrement dit, toutes les propositions de dépistage précoce, de suivi coordonné, de protocoles communs, de transmission d'informations, soit leurs semblaient aller de soi, soit n'étaient pas intégrées à leur mode de pensée. Ils ne voyaient pas ce que le réseau pouvait leur apporter de plus, sinon des contraintes d'ordre bureaucratique, le SROS leur apparaissant à cet égard comme un avatar supplémentaire de l'étatisation rampante de la médecine.

Tel n'était évidemment pas l'avis de la PMI qui voyait, au travers du réseau reconnu et mis en avant, l'intérêt du dépistage dans le suivi et donc l'occasion de faire valoir et de manifester sa compétence spécifique et l'importance de son action. Elle y voyait également l'occasion d'améliorer ses rapports souvent conflictuels avec le monde libéral tout en lui permettant de renforcer son poids et de défendre ses moyens au sein du Conseil Général, face à une évolution forte en faveur d'une bascule de ces derniers en faveur de la gériatrie.

L'intersecteur de pédopsychiatrie qui n'avait pas trouvé dans la maternité de Nevers un terrain attentif à ses objectifs avait initié avec la maternité de Clamecy à la demande du chef de service, une action de prévention des troubles de la relation mère enfant et qui ne pourrait qu'être renforcée par l'existence de ce réseau. Il voyait par ailleurs dans celui-ci l'occasion de construire de meilleurs liens dans le cadre du suivi post-natal, non seulement avec l'équipe de la maternité, mais également avec les services de la PMI.

Malgré toutes ces difficultés, à la suite de plusieurs réunions entre les différents acteurs durant lesquelles l'ensemble de la problématique obstétricale et aussi des aspects plus généraux du fonctionnement du système de santé (la planification, le mode de financement des soins, le rôle de l'évaluation) avaient été abordés, la dizaine de médecins présents ont accepté de donner leur accord au principe de la construction du réseau de suivi de grossesse. Cet accord ne résultait pas uniquement d'une adhésion vraie au projet. Ainsi, parmi les participants figurait un médecin, personnalité politique locale et également gestionnaire de deux établissements de moyen et de long séjours de statut privé. Hostile au début au principe du réseau, il a fini par s'y rallier lorsque le directeur de Clamecy lui a fait remarquer que la fermeture des services aigus serait synonyme de leur transformation en moyen et long séjours et, donc, d'une concurrence accrue pour les établissements qu'il gèrait.

Dans cet accord, le second chercheur, en charge de l'analyse de la place et du rôle tenus par l'hôpital dans sa communauté a joué un rôle important. Le fait qu'un professeur de santé publique américain, issu d'une prestigieuse université se soit

intéressé au cas de Clamecy, a été interprété par les médecins comme un témoin de l'existence d'enjeux plus important qu'il n'y paraissait de prime abord. Ils en ont déduit que le projet de réseau valait peut-être la peine, sinon de s'y investir, du moins de s'y intéresser.

C'est au cours d'une dernière réunion agitée, fin mai 1995, durant laquelle le modèle du réseau leur a été décrit dans son ensemble et après que le chercheur américain ait présenté les résultats de son rapport aux médecins généralistes avec quelques critiques incisives sur leur discours paradoxal vis-à-vis de l'hôpital, que cet accord a finalement été scellé.

Une tutelle régionale proactive

La mouture finale du projet a donc été remise au nouveau directeur de la DRASS lors d'un entretien qui a duré deux heures, au cours duquel nous avons pu exposer en détail la problématique complexe de la périnatalité. Nous l'avons quitté sur une impression favorable que l'évolution des faits n'a pas démentie. En effet, un mois après, une rencontre est organisée avec la ministre de la santé de l'époque, Mme Weil, pour l'entretenir du projet d'expérimentation du réseau, rencontre à laquelle assistent le directeur de la DRASS, le président du CA de l'hôpital (qui est en même temps maire de Clamecy et président du conseil général de la Nièvre) et un conseiller du ministre. A l'issue de cette réunion, le principe de l'expérimentation est accepté à la condition qu'elle se fasse à bas bruit, dans un cadre départemental, alors que le DRASS souhaitait lui donner une résonance au moins régionale. Les raisons de cette discrétion sont claires : au moment où le débat sur la fermeture des petites maternités est au cœur des projets de restructuration annoncés, un trop fort éclairage sur le réseau expérimental de Clamecy risquerait de brouiller le message gouvernemental. En dépit du vote du CROSS en faveur de la fermeture de la maternité, le SROS, réécrit en partie par l'administration préfectorale et le DRASS, fera donc mention dans sa partie annexe, de l'expérimentation sur deux ans d'un réseau de suivi de grossesse, avec une évaluation à la fin de cette période.

1.3. La construction du réseau par les acteurs

Le début d'élaboration du réseau

Entre juillet et octobre 1994, et sans intervention de notre part dans cette phase du travail, les médecins généralistes se sont réunis avec l'obstétricien et avec l'équipe de la maternité pour débattre du contenu du carnet de suivi de grossesse prévu dans le projet. Ce carnet était considéré comme l'un des supports privilégiés des informations à partager entre les différents acteurs. Ceci démontre en passant, que le travail des quatre mois précédents, indépendamment du fait qu'il a rendu possible l'élaboration du modèle

conceptuel du réseau, a également constitué une entreprise de médiation ou de facilitation, en matière de compréhension mutuelle des logiques de chaque groupe d'acteurs. Ce travail a permis en particulier, en aplanissant certaines difficultés relationnelles, liées le plus souvent à des préjugés, des malentendus d'attendus ou à une méconnaissance du contenu réel du travail des uns et des autres, la tenue de ces réunions multi-professionnelles. Les discussions sur la nature des informations nécessaires au bon déroulement du suivi, ont permis aux médecins généralistes et aux professionnels spécialistes de la grossesse (obstétricien et sages-femmes, ces dernières un peu plus en retrait) de confronter leurs points de vue et d'élaborer une vision commune de ce suivi anténatal avec une répartition acceptée et explicite des contributions de chacun.

Si bien que lors d'une réunion en octobre 1994, la situation est mûre pour que tous les participants invités, à titre individuel ou au nom de leurs institutions, non seulement décident de la création du Réseau de Santé du Haut Nivernais et aussi commencent à élaborer les objectifs généraux du réseau. S'ils conviennent que le premier temps du réseau sera bien consacré à la mise en place d'un suivi coordonné de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites, il est d'emblée acté, d'une part, que ce réseau ne sera pas un réseau de soins mais un réseau de santé et que, d'autre part, il ne devra pas se limiter au thème de la périnatalité, les urgences étant considérées comme la seconde des priorités. C'est le médecin généraliste, responsable de la formation continue, qui est élu à la tête du réseau, le directeur de l'hôpital devient le secrétaire de cette association loi 1901. Cette mise en retrait du directeur était voulue de façon à faciliter l'appropriation du réseau par les autres acteurs, notamment les libéraux. Le directeur a continué à manifester, de façon constante, son adhésion au projet en assurant la logistique de tous les jours et en intervenant, quand c'était nécessaire, pour relayer leurs actions auprès des principaux décideurs.

Les participants décident, lors de la réunion suivante, de la création d'une sorte de charte du réseau qui exposerait plus précisément les différents sous-objectifs liés au suivi de grossesse, les droits et les devoirs de chacun, les principales procédures à suivre en matière de suivi, ainsi que les obligations en matière d'évaluation du réseau. Nous allons revenir successivement sur les différents points qui constituent la charte actuelle, résultat d'une élaboration lente et d'un équilibre fragile entre des points de vue et de logiques d'acteurs qui étaient à l'origine, comme nous l'avons vu, assez radicalement différentes.

Les principes de la Charte

La première partie de la Charte est importante dans la mesure où elle définit le socle du réseau de suivi de grossesse et énumère un certain nombre de principes généraux.

Il y est précisé que le réseau est en charge d'une population, les femmes de l'arrondissement de Clamecy. Ce n'est pas seulement un réseau de soins mais un réseau de santé. A ce titre, s'il se donne comme objectif d'assurer la sécurité lors des

l'accouchements, il étend son champ d'intervention au dépistage précoce de tous les risques, qu'ils soient de nature médicale ou de nature psychosociale et au suivi postnatal. Enfin, l'efficacité de ses interventions est censée reposer sur une coopération forte entre les différents groupes de professionnels et les institutions diverses qui le constituent.

Les signataires de la charte situent donc l'intervention du réseau dans un cadre assez large, proche de celui d'un programme de santé publique, cadre qui n'est pas celui habituellement retenu par les spécialistes médicaux de la périnatalité, du moins en France. Si ce point de vue prend ses origines dans la philosophie des promoteurs initiaux du projet, au premier rang desquels nous citerons le directeur de l'établissement et les membres de l'équipe de recherche/action, il constitue de fait un changement de perspective assez radical par rapport à la culture et aux pratiques des médecins dont il n'est pas certain que les acteurs aient eux-mêmes perçu les implications immédiates. C'est précisément au travers de la construction des outils du réseau et des règles de bonnes pratiques réciproques que ces contraintes vont apparaître et nous permettre alors de tester l'implication réelle des acteurs et la force de la dynamique collective.

Le carnet de suivi de grossesse.

Le premier outil élaboré est le carnet de suivi de la grossesse. On peut s'étonner que, dans le cadre d'une démarche visant à l'amélioration de la transmission de l'information lors du suivi, les médecins n'aient pas décidé d'utiliser le carnet du suivi du Conseil Général, d'autant plus que les informations retenues pour figurer dans « leur carnet » vont s'avérer, in fine, coïncider avec celles du carnet du Conseil Général (CG). Ce refus d'utilisation du carnet du CG est assez universel. Il tient probablement au fait que les conditions d'appropriation d'un outil sont d'autant meilleures que ce sont les acteurs eux-mêmes qui l'auront construit. Si les médecins ont souvent prétexté une meilleure ergonomie de leur outil, par rapport au précédent, pour expliquer son usage, celle-ci résulte à nos yeux du fait qu'à l'occasion de son élaboration, ils ont pu échanger avec l'obstétricien et construire un modèle commun de connaissance et de savoir-faire dans le cadre d'objectifs finalisés que ce carnet a fini par matérialiser. Les nombreuses séances passées à améliorer cet outil montrent à quel point le carnet a servi de médiateur pour construire cette représentation commune du bon suivi de grossesse et définir le rôle imparti à chacun. A cet égard, il est intéressant de signaler que si les données à mettre dans le carnet ont commencé à être travaillées sereinement par les médecins et l'obstétricien, *la manière de les organiser a donné lieu à un conflit* : le spécialiste a suggéré de prendre, en le simplifiant, le modèle du dossier obstétrical commun hospitalier alors qu'il ne correspondait pas à ce que les généralistes souhaitaient car trop centré sur les pratiques hospitalières. Notre intervention a alors consisté à leur proposer deux modèles de carnets, celui cité du Conseil Général, mais surtout celui élaboré par un obstétricien (Dr S) exerçant dans une maternité isolée dans le Cantal et qu'il partageait avec les généralistes installés près d'Ambert. Ces deux exemples leur ont

servi pour construire, par allers et retours, leur propre modèle, de le “ customiser ” en quelque sorte et d'en faire leur propre outil..

Les facteurs de solidifications extérieurs au réseau

Simultanément à ce travail de clarification sur les rôles de chacun et à l'élaboration du carnet, le réseau en construction été “ solidifié ” par un certain nombre de facteurs extérieurs.

Nous citerons d'abord l'action déterminante dans le renforcement institutionnel et professionnel du réseau, du chef de service du service de réanimation pédiatrique du CHU. Celui-ci avait entamé depuis 5 ans un travail important visant à faire travailler en réseau les différents services de pédiatrie de la région. Il était donc conscient des difficultés à élaborer un dispositif collectif et par ailleurs très sensible aux approches de santé publique. Il s'est donc d'emblée déclaré favorable au projet de réseau du Haut Nivernais. Nous l'avons rencontré lors de la première phase de notre mission et nous savions qu'il pourrait être un allié très utile. De fait, il s'est déplacé plusieurs fois à Clamecy pour voir l'ensemble des partenaires et avaliser, en qualité de réanimateur pédiatrique, les principes sur lesquels reposait le réseau. Ce soutien au projet a été déterminant, à la fois, pour convaincre les médecins de s'y engager définitivement mais aussi, pour sécuriser le personnel de la maternité et notamment les sages-femmes à qui une formation théorique et pratique (réalisée en partie sur place, en partie au CHU) aux gestes d'urgence, a été proposée, formation à laquelle a été associée l'anesthésiste réanimateur. A l'occasion de ces réunions, un accord informel concernant l'accès privilégié au SMUR pédiatrique en cas de nécessité de transfert des nouveau-nés, a été scellé.

L'action du pédiatre a été relayée par l'intervention du nouveau chef de service de la maternité de Dijon nommé en septembre 1995. Celui-ci arrivait avec une excellente réputation, à la fois sur le plan de ses compétences techniques et sur le plan de son expérience en matière de réseau périnatal puisqu'il avait été l'un des artisans de la mise en place d'un réseau informel périnatal, dans les pays de la Loire, centré sur le CHU de Nantes. Il a participé à deux réunions de travail afin de finaliser un certain nombre de conduites à tenir face aux risques médicaux. Il a donc confirmé le bien fondé scientifique du réseau, du point de vue obstétrical. Son accord a permis de renforcer l'aspect médical du suivi, notamment en termes de dépistage du risque médical, et d'établir des liens de confiance avec l'obstétricien local.

Le soutien direct de ces deux chefs de service du CHU a également contribué à désamorcer l'attitude ambiguë du directeur de la DDASS. Celui-ci en effet avait été plutôt hostile au projet de réseau car il le considérait comme un obstacle à la fermeture de la maternité et à la mise en place d'une consultation avancée à laquelle il restait toujours personnellement favorable bien qu'ayant dû s'incliner devant les arbitrages politiques. Cependant il refusait d'augmenter la dotation de l'hôpital et notamment ses

moyens en personnels infirmiers, qui demeuraient limités et les plus faibles en proportion de leur activité, comparés à ceux des hôpitaux de la région. Son souhait, révélé par d'autres interlocuteurs, était qu'une fois le réseau mis en place, un suivi cohérent instauré et les médecins satisfaits, la maternité puisse être fermée, alors, sans risque de crise.

Cependant ce pari devenait risqué, à partir du moment où d'autres institutions que les acteurs locaux semblaient s'approprier le réseau. Il en allait ainsi du médecin inspecteur régional responsable dans la région de la mise en œuvre du Projet Stratégique d'Actions de Santé (PSAS) dans le domaine de la périnatalité. L'existence et le fonctionnement du réseau avaient ainsi été discutés et soutenus par au moins deux groupes de travail régional mis en place à cette occasion.

Ainsi, le réseau a su trouver des alliés, au-delà de son champ d'action géographique, et l'information sur son existence a pu diffuser peu à peu à l'extérieur du département, tandis que dans celui-ci, le rôle du conseil général va s'avérer déterminant.

Le rôle de la sage-femme réseau

Le carnet de suivi a également permis l'entrée en scène de la sage-femme réseau. Si celle-ci a fini, peu à peu, par s'imposer comme un élément clé dans l'organisation construite, ceci ne s'est pas fait sans conflit. Issue de la PMI, institution avec laquelle peu de généralistes étaient en contact, cloisonnée tout d'abord dans son rôle d'auxiliaire à vocation sociale, reconnue comme compétente pour le suivi médical mais sans que son statut professionnel ne l'autorise à parler sur un même registre que les médecins, les séances de travail sur le dossier lui ont permis de se faire connaître et de familiariser les médecins à sa pratique et à celle de la PMI, notamment dans le domaine des interventions à domicile pour des problèmes médicaux ou sociaux. Si bien qu'au bout de 6 mois de travail en commun, les médecins ont donné leur accord pour qu'elle devienne une utilisatrice du carnet en y notant le résultat de ses interventions dans le carnet. Petit à petit, elle a pu suggérer par téléphone certains examens, voire plus tard, a pu les prescrire directement aux femmes après en avoir avisé les médecins. Elle est ainsi devenue la régulatrice du réseau vis-à-vis des généralistes et, également, la " contrôlease implicite " de leur capacité à dépister le risque médical, dépistage pour lequel les médecins généralistes ne sont pas nécessairement très compétents du fait d'une formation initiale qui ne garantit pas *a priori* la qualité de leur pratique dans ce domaine et ce en dépit de l'amélioration de leurs connaissances qu'a permis la construction du carnet.

Son rôle sur le plan institutionnel a été définitivement assuré lorsque, à la demande de la PMI désireuse à la fois de voir reconnaître le bien fondé de son action et donc de voir renforcés ses moyens (demande relayée activement par les généralistes eux-mêmes) le conseil général a décidé de financer un poste supplémentaire de sage-femme, qui est ainsi devenue la sage-femme réseau, acceptant qu'elle y consacre les 3/4 de son temps.

Le Conseil général a également accepté de financer l'édition du carnet, manifestant ainsi par deux fois son engagement actif dans cette démarche, constituant pour le réseau un allié supplémentaire.

La place des généralistes

En cas de grossesse normale, si la règle de « passage de main » au spécialiste ou à la maternité lors du 7^{ème} mois de grossesse, tout comme celle concernant la nécessité de prendre l'avis du spécialiste en cas de risque dépisté ou de doute sur la conduite à suivre, n'ont pas posé de problèmes de principe, il n'en va pas de même en ce qui concerne la période de suivi durant laquelle (les six premiers mois de la grossesse) les généralistes sont les plus directement impliqués.

Un premier point concerne le suivi médical de la femme en cas de maladie intercurrente non liée à la grossesse, qui devait être assuré par le MG. Plus qu'au niveau du principe, il a plutôt soulevé des problèmes d'interprétation du type : une femme antérieurement hypertendue doit-elle lors de la grossesse être suivie par le généraliste ou le spécialiste ? *Il a été décidé plus ou moins tacitement, de ne pas se fixer de règles strictes et de traiter les cas considérés comme litigieux lors des réunions prévues dans le cadre de l'évaluation et destinées à analyser la façon dont les règles du réseau étaient (ou non) appliquées.* A cet égard, nous pouvons avec le recul considérer que ces réunions ont constitué, pendant les deux ans où elles se sont déroulées, en règle générale tous les deux mois, le véritable creuset où s'est forgée l'identité du réseau. Le fait d'avoir laissé un espace d'interprétation et de liberté dans la formulation des règles a donc constitué un élément positif, permettant l'expression et la confrontation des différents points de vue et le déploiement de la dynamique du réseau. Nous ajouterons que si ce sont les médecins les plus favorables, dès l'origine, au principe du réseau, qui ont été les plus assidus, toutes les autres institutions y ont toujours été représentées par au moins un de leurs membres.

Par contre, trois points ont soulevé des difficultés importantes :

- le dépistage systématique des risques sociaux ;
- les échographies
- le suivi des nouveau-nés

Un des points les plus délicats à faire admettre aux médecins concernait donc le principe d'une intervention systématique qui serait proposée à chaque femme lors de la consultation de début de grossesse. En effet, les médecins pensaient que cette visite serait inutile pour une grande partie des femmes, voire que cette proposition serait ressentie comme stigmatisante par certaines femmes, du fait de l'image négative qu'elles pouvaient avoir de la PMI. La décision de dénommer, par un terme forgé spécifiquement, la sage-femme en charge du dépistage des risques " sage-femme réseau " (SFR) a, selon certains médecins, permis de revaloriser aux yeux des patientes

cette fonction de dépistage en la déliant de l'institution PMI et leur a permis de proposer plus facilement cette visite, notamment aux femmes en difficulté qui auraient pu l'interpréter comme un certain contrôle social. Cette réticence à proposer systématiquement cette visite était souvent camouflée derrière l'affirmation qu'ils étaient les professionnels les mieux placés pour déterminer quelles étaient les femmes qui nécessitaient réellement ce dépistage, arguant de leur bonne connaissance, en tant que médecins de famille, non seulement de l'état de leur patiente, mais aussi de leurs conditions de vie familiale, sociale et économique. Les débats sur ce sujet ont donc été vifs et le vote final en faveur de l'intervention systématique de la sage-femme réseau à domicile a été loin de faire l'unanimité. C'est la confiance instaurée peu à peu entre la sage-femme et les médecins, à l'occasion des débats nombreux, qui leur a finalement permis d'accepter, en dépit de leur réticence initiale, le principe d'un dépistage systématique et non d'un dépistage ciblé sur certaines femmes.

Un autre facteur a favorisé leur adhésion : les généralistes disaient éprouver une certaine difficulté à expliquer en détail aux femmes les principes de fonctionnement du réseau, en arguant du manque de temps disponible pour le faire. La sage-femme a proposé, à l'occasion de sa visite à domicile, de compléter la présentation qu'ils en faisaient, les déchargeant ainsi partiellement d'une tâche qui les mettait mal à l'aise (ce que nous interpréterons comme l'un des nombreux symptômes marquant leur difficulté à trouver une identité et une place spécifique dans le suivi de grossesse même dans une organisation en grande partie construite par eux et pour eux).

Le dépistage du risque psychologique n'a pas donné lieu à une telle controverse. L'influence potentielle des problèmes psychologique dans le domaine du suivi a été facilement admise par les médecins généralistes sans qu'ils puissent décrire précisément leur pratique de dépistage sur ce sujet. Là aussi, le fait que la SFR puisse, lors de la visite à domicile, effectuer un dépistage des risques psychologiques a été bien accepté, étant entendu que les trois ou quatre médecins particulièrement intéressés à cet aspect du suivi, étaient ceux avec lesquels le médecin-chef de l'intersecteur pédopsychiatrique avait déjà développé de bons contacts. Nous insisterons sur le rôle important qu'il a su jouer, grâce à son charisme et à sa qualité d'écoute, aidant les animateurs lorsque certains conflits prenaient une tournure désagréable, et en sachant habilement rendre positifs les débats.

Deuxième point de controverse : les échographies. La règle retenue était de faire en sorte que les trois examens se déroulent à la maternité (donc que ce soit toujours le même opérateur, à savoir l'obstétricien, qui les réalise). Elle a suscité des discussions houleuses. En effet, cette façon de faire « sortait du marché » le radiologue de l'hôpital qui, par ailleurs, exerçait à titre libéral en ville. La proposition de faire réaliser les trois échographies par le même opérateur compétent avait été faite par les chercheurs, s'appuyant sur les données de la littérature qui montraient que ces deux critères (compétence et unicité de l'opérateur) garantissait au mieux l'interprétation comparative

des examens et, donc, la qualité dans le domaine du dépistage des malformations. Or, le fait d'écarter le radiologue, dont la majorité des médecins reconnaissait par ailleurs qu'il n'était pas très performant pour ce type d'examen, les gênait, dans la mesure où ce même opérateur était le correspondant habituel d'un certain nombre d'entre eux et qu'il leur avait rendu service dans certaines situations difficiles. Ils craignaient donc une réaction hostile de sa part, ce qui risquait de les gêner pour leur exercice futur. Pris donc dans un conflit d'intérêts, ils ont manifesté une réticence forte à ce protocole, en dépit de nos arguments fondés sur les données de la science. Mais cette divergence de point de vue nous donnait l'occasion de tester leur volonté réelle de participer à ce réseau. Nous en avons fait le test de la solidité de leur engagement et décidé en conséquent de ne pas céder sur ce principe. Nous pensions en effet que s'ils étaient capables de faire le choix de la qualité, le pari de réseau était tenable. Pour surmonter cette difficulté, nous avons décidé de faire appel à un « médiateur », le Dr S, dont nous avons déjà utilisé le carnet de suivi à titre d'exemple. Une des particularités de ce praticien, en dehors de son sens aigu de la communication et de sa capacité à susciter la sympathie, était d'être familier avec les problèmes posés par l'exercice libéral. En effet, il avait exercé pendant 5 ans comme omnipraticien avant sa spécialisation et son père, médecin généraliste, avait pratiqué des accouchements pendant 30 ans. Nous l'avons donc fait venir afin qu'il expose sa façon de travailler et la manière dont il avait construit son propre réseau avec ses collègues omnipraticiens. Et, là où les données de la science et notre autorité reconnue de spécialiste de santé publique, n'avaient pas réussi à convaincre, sa force de conviction renforcée par un phénomène d'identification professionnelle a su le réaliser. C'est en s'appuyant sur son expérience d'ancien omnipraticien rendu en quelque sorte "visible" par la transmission orale, qu'il a pu faire passer son message d'obstétricien et d'échographiste et pu rendre les deux compatibles. Le discours tenu peut se résumer ainsi : « si vous voulez être de bons omnipraticiens (*comme je l'ai été*) alors il vous faut accepter de "sacrifier" le radiologue mais ce sera pour le plus grand bénéfice de vos patientes et donc acceptez de faire ce que moi (qui suis par ailleurs échographiste dépisteur), je vous demande. » Il a pourtant fallu qu'il se déplace deux fois pour que soit finalement inscrite, dans la charte, la règle d'unicité de l'intervenant pour l'échographie.

La dernière règle concernant le *suivi après l'accouchement* n'a pas posé de problème en ce qui concerne le suivi de la femme, ni a priori ni a posteriori entre les MG et le spécialiste. Par contre, le suivi des nouveau-nés a débouché sur un conflit très fort qui a failli remettre en cause le réseau dans sa globalité. En effet, afin de renforcer la présence pédiatrique à la maternité, le directeur avait recruté, peu avant notre intervention, le pédiatre de l'hôpital d'Avallon pour des vacances de consultations. Ce pédiatre, comme l'obstétricien, avait une activité mixte, publique et privée. Lorsqu'il fut question de sa venue à Clamecy, le Conseil de l'Ordre départemental a été sollicité pour avis par un des médecins généralistes et s'opposa à ce qu'il ouvre, à Clamecy, un cabinet secondaire. La raison de ce recours tenait au fait que le pédiatre de la maternité étant le premier médecin en contact avec le nouveau-né et avec la mère à l'issue de

l'accouchement, notamment lors de la visite obligatoire de sortie, les généralistes craignaient qu'il ne profite de cette antériorité pour assurer le suivi de l'enfant hors de l'hôpital alors que dans l'esprit du médecin de famille, ce suivi lui revenait en quelque sorte " de droit ". C'est pour éviter tout conflit de ce type que le contrat avec le pédiatre prévoyait explicitement que le recours au pédiatre ne pourrait se faire que sur demande écrite de la part du médecin traitant et qu'en aucune manière les mères n'accéderaient directement au praticien. Mais le pédiatre avait été contraint de recevoir (malgré lui, disait-il) un certain nombre de mères qui, dans l'ignorance de ces éléments, s'étaient spontanément présentées au pédiatre pour que celui-ci remplisse les feuilles de consultations du 2^{ème} et du 3^{ème} mois. Il fut donc accusé ouvertement, lors d'une réunion à laquelle il avait été convié, de ne pas respecter la règle de fonctionnement et de détourner la clientèle. Pour sa défense, le pédiatre argua que les médecins ne jouaient pas le jeu en ne lui adressant presque jamais les nouveau-nés à problèmes, préférant les confier à d'autres spécialistes, notamment ORL, installés à distance, ce qui entraînait moins de risque de détournement de clientèle. Mis au courant de ce conflit, nous avons suscité une réunion à laquelle nous avons convié le Dr S (cette fois-ci sous sa casquette de médecin généraliste ayant une compétence en pédiatrie). Une fois acté l'expression des griefs réciproques, il a su convaincre les généralistes des services importants que le pédiatre rendait au réseau en renforçant sa présence à la maternité, ainsi que l'apport potentiel qu'il constituait pour les problèmes pédiatriques compliqués. C'est en leur montrant comment un troc de cette nature avait permis la construction de son propre réseau, que les généralistes de Clamecy ont finalement accepté de collaborer avec le pédiatre de la maternité.

Voici en résumé comment s'est construit dans le temps le réseau du Haut Nivernais et les principales difficultés qu'il a fallu surmonter pour en arriver au dispositif actuel tel qu'il va ressortir de la description suivante.

2. LE RÉSEAU DU HAUT-NIVERNAIS EN FONCTIONNEMENT

Le réseau de santé du Haut Nivernais, constitué en association loi de 1901, associe les médecins généralistes de l'arrondissement de Clamecy, la maternité de Clamecy, les services de la PMI de la Nièvre, l'intersecteur de pédopsychiatrie du CHS de Nevers. Les services d'obstétrique et de réanimation néonatale du CHU de Dijon ainsi que les maternités de niveau II du CH de Nevers, d'Auxerre constitue les services de référence en cas de grossesse à risque. Cependant, ces services et a fortiori les structures correspondantes, n'adhèrent pas au réseau de façon formelle : il s'agit en fait d'arrangements non formalisés puisque l'adhésion au réseau résulte d'un engagement " moral " de respect de la charte et qu'il n'existe de convention, ni entre les services, ni entre les différents établissements ou institutions.

Selon une terminologie qui tend à se généraliser, on distingue les réseaux de proximité et les réseaux périnatals. Par réseau de proximité, on entend essentiellement les relations qui s'établissent au niveau local entre l'ensemble des acteurs concernés par le suivi des femmes enceintes et la prise en charge des divers problèmes qui peuvent surgir que ces problèmes soient médicaux, sociaux, économiques, psychologiques... Le réseau périnatal concerne lui exclusivement les aspects médicaux et est destiné à assurer une prise en charge optimale des femmes présentant un risque médical : ce réseau associe des établissements et repose principalement sur des procédures permettant l'orientation des femmes en fonction du niveau de risque obstétrico-pédiatrique. Comme nous l'avons vu précédemment, l'essentiel du travail d'élaboration du réseau de Clamecy a porté sur la définition du réseau de proximité qui, pour tout un ensemble de raisons liées à la variété des acteurs impliqués, est probablement plus difficile à établir qu'un réseau périnatal ; ceci étant, ce réseau de proximité n'aurait pu exister et perdurer sans l'existence d'un réseau périnatal, qui, seul, permet d'assurer la qualité de la prise en charge pour les femmes à risque élevé.

2.1. Le réseau de proximité à Clamecy

Nous l'avons déjà évoqué, le réseau de Clamecy repose sur la coordination entre un ensemble d'acteurs variés : les médecins généralistes, la maternité, le centre médico-psychologique, le centre de protection maternelle et infantile.

Vingt-sept médecins généralistes sont installés à proximité de la maternité de Clamecy. Parmi eux, vingt-cinq avaient adhéré¹ au réseau à la fin de la période d'observation, alors qu'ils n'étaient que dix-huit au début de celle-ci. Un des généralistes n'a pas voulu adhérer au réseau tout en fonctionnant quand même selon les principes "réseau" et en utilisant le carnet de suivi. Il reste donc un médecin qui refuse de participer au réseau par hostilité de longue date envers l'hôpital, certaines de ses patientes accouchant cependant à Clamecy. Ceci étant l'acte d'adhésion ne se traduit pas forcément par une forte implication des médecins dans le suivi de grossesses (en termes de nombre de grossesses suivies annuellement, par exemple), ni par un respect complet des règles de fonctionnement du réseau comme il est possible de le voir dans l'évaluation présentée en annexe.

L'équipe obstétricale de la maternité de Clamecy est constituée de la façon suivante : un médecin gynécologue obstétricien, PH à temps partiel et chef de service, qui réalise, entre autres, les échographies obstétricales. Il exerce aussi à titre libéral, et réalise donc des consultations de suivi à mi-temps dans son cabinet situé dans un des locaux de

¹ Un médecin (ou un autre professionnel) est adhérent au réseau s'il a signé la charte du réseau et versé 100 francs d'adhésion.

l'hôpital. Il existe une équipe de cinq sages-femmes assurant l'ensemble des consultations de suivi, de préparation à l'accouchement, les accouchements eutociques, le travail de suite de couches. Elles sont secondées dans ces soins de suite par une infirmière et deux auxiliaires puéricultrices. Il n'existe pas de service de pédiatrie mais un pédiatre, PH mi-temps au CH d'Avallon, réalise trois vacations hebdomadaires et voit donc tous les nourrissons avant leur sortie. Sa présence facilite en particulier la préparation de la prise en charge dans le service de pédiatrie à Avallon (à l'époque, encore en fonctionnement) des rares nouveau-nés souffrant de pathologies infectieuses qui nécessitent une antibiothérapie parentérale.

Le centre médico-psychologique de Clamecy (CMP) dépend de l'intersecteur de pédopsychiatrie de Nevers. Une psychomotricienne, une infirmière psychiatrique, en alternance avec une psychanalyste, assurent, avec l'aide des sages-femmes qui les leur signalent, le dépistage et l'évaluation des risques psychologiques pendant le suivi, lors des hospitalisations et au décours immédiat de l'accouchement grâce à des passages réguliers toutes les semaines à la maternité. En cas de besoin, le CMP assure, en partenariat avec la PMI, le suivi de certaines femmes enceintes et de leurs nouveau-nés quand des difficultés psychologiques se sont manifestées pendant la grossesse ou après la naissance.

Le centre de protection maternelle et infantile de la Nièvre (PMI) intervient à un double titre :

- par l'intermédiaire de l'équipe de PMI, composée d'un médecin pédiatre, chef de service, d'une puéricultrice, d'une psychologue et d'une sage-femme. Conformément à ces missions, la PMI assure des consultations infantiles, de planning familial, prénatales et postnatales ainsi qu'un suivi à domicile des femmes à risques (médical, social et/ou psychologique), en coordination avec les médecins généralistes, le spécialiste et si nécessaire l'intersecteur de pédopsychiatrie. La sage-femme PMI à plein-temps à l'heure actuelle, travaillait au moment de la construction du réseau, à mi-temps à la maternité et à mi-temps à la PMI.

- par ailleurs, la sage-femme réseau est une sage-femme PMI, mise à disposition du réseau, grâce à un financement supplémentaire du conseil général, pour lequel elle travaille à 3/4 de temps. Elle partage son activité entre les visites de dépistage à domicile et un travail de coordination entre les différents acteurs et institutions. Ce travail de liaison est facilité par le fait que son bureau de sage-femme réseau se situe dans le local dédié aux consultations de planning familial lui-même localisé au sein de l'hôpital, à l'étage de la maternité. Le bureau de la secrétaire médicale de la maternité se trouve également dans ce local.

2.2. Le réseau périnatal

Bien que ne faisant pas l'objet de contractualisation (sous forme de convention), le service d'obstétrique du CHU de Dijon constitue le centre de référence de niveau III de la maternité de Clamecy. Les grossesses à haut risque y sont transférées en période anténatale. En cas de nécessité, l'obstétricien de garde est immédiatement joignable pour demande d'avis.

En ce qui concerne les transferts (postnataux) des nouveau-nés à haut risque dont la naissance a dû s'effectuer à Clamecy, il existe un arrangement spécifique avec la maternité du CHU de Dijon, selon lequel les transferts sont effectués par le SMUR pédiatrique, géré par le service de réanimation du CHU de Dijon. Un numéro de téléphone direct et immédiatement accessible permet à l'hôpital de Clamecy de contacter en cas de besoin, le service de réanimation néonatale de Dijon.

L'ensemble de ces arrangements a été directement négocié entre le réseau et les chefs de services concernés.

En cas de risque modéré dépisté, le transfert est organisé vers une maternité de niveau II, en d'autres termes et selon les cas, vers le centre hospitalier de Nevers ou d'Auxerre. Par ailleurs, les femmes diabétiques sont systématiquement adressées au CH de Nevers qui s'est spécialisé dans le suivi de cette pathologie.

2.3. Le fonctionnement du dispositif : la sage-femme réseau au cœur du dispositif

Pour garantir sa mission « assurer à l'ensemble de la population des femmes résidant dans la proximité de Clamecy un suivi de grossesse ainsi qu'une sécurité à la naissance optimaux, et ce quel que soit leur niveau de risque », le réseau s'est donné, ainsi que nous l'avons vu, deux objectifs principaux qui sont rappelés en préliminaire de la charte d'adhésion au réseau : assurer un repérage précoce du risque médical, social et psychologique pouvant influencer sur le devenir de la grossesse et conséquemment, assurer la prise en charge la mieux adaptée aux risques dépistés. Dans cette optique, les acteurs à l'origine de la construction du réseau ont défini un certain nombre de règles de fonctionnement² destinées à permettre la réalisation des objectifs.

Le réseau a mis en place une série de procédures permettant d'aboutir à une visite à domicile, systématique et précoce, de la sage-femme réseau. Les médecins (généralistes et gynécologue obstétricien) adhérant au réseau se sont engagés à ce titre, et ce dès la première consultation pour déclaration de grossesse, et après accord de la patiente, à informer (par téléphone) la sage-femme réseau de toute nouvelle grossesse et à lui

² Rassemblées dans le «mode d'emploi du réseau

transmettre les coordonnées de la patiente. L'idée est d'aboutir ainsi à un dépistage conjoint des risques par le médecin traitant (ou le gynécologue obstétricien) et par la sage-femme réseau, une femme étant considérée comme "entrant" dans le réseau dès la première consultation de grossesse avec un médecin réseau (généraliste ou l'obstétricien).

On remarquera alors que les recommandations inscrites dans la charte du réseau renvoient presque exclusivement à la dimension " médicale " de ce que devrait être un suivi de grossesse se déroulant conformément à des filières de prise en charge médicale déterminées a priori en fonction du risque (orientation médicale en cas de risque médical, respect du protocole de suivi médical de la grossesse, etc.).

A l'inverse, **la dimension non médicale au sens strict du terme** et notamment le dépistage des risques non médicaux (difficultés sociales et/ou psychologiques), les décisions de suivis spécifiques qui leur sont relatives, de même que tout ce qui concerne la préparation à l'accouchement n'ont **fait l'objet d'aucune formalisation explicite par les acteurs du réseau**. *En effet, a été considérée comme garantissant a priori la dimension non médicale de la prise en charge de la grossesse, le fait que la visite de la sage-femme ait lieu et cela, de façon précise. C'est, par conséquent, pratiquement la seule exigence explicite formalisée pour la dimension non médicale du suivi de grossesse.*

Cette visite à domicile systématique en début de grossesse confère un rôle central à la sage-femme réseau dans le fonctionnement général qui va bien au-delà du seul dépistage précoce. Sans doute sa personnalité et sa grande implication dans le projet y ont fortement contribué. On remarquera notamment que c'est elle qui, non seulement au cours de la phase d'élaboration puis de montée en charge du réseau, mais également durant sa phase de fonctionnement " en routine " est allée régulièrement rencontrer les médecins généralistes installés à proximité de la maternité de Clamecy afin de leur présenter le projet du réseau, leur proposer l'adhésion à ce fonctionnement et tester leur degré d'implication.

Constatant que les médecins n'étaient pas toujours enclins à lui téléphoner systématiquement (et cela a été plus particulièrement vrai dans les débuts du réseau) pour lui " signaler " une nouvelle grossesse, elle a, en conséquence, tenté de mettre en place, à partir des moyens à sa disposition, des " procédures " que l'on peut qualifier de " rattrapage " afin de récupérer l'information qui ne lui est pas transmise, et cela de deux façons différentes : d'une part, elle reste à l'affût de l'information en provenance d'un autre intervenant du réseau (PMI, services sociaux, obstétricien/échographiste). D'autre part, elle continue de consulter régulièrement les déclarations de grossesse en provenance de la caisse d'allocations familiales via la PMI pour repérer les femmes nouvellement enceintes. Cela correspond au processus classique de repérage des risques sociaux et/ou médicaux mis en place par la PMI (en France). Selon ce processus habituel, la femme consulte son médecin traitant ou son gynécologue obstétricien qui

rempli une fiche de déclaration de grossesse que la femme complète et envoi à la caisse d'allocation familiale. Cette caisse (CAF) se charge d'ouvrir les droits aux allocations familiales et à l'allocation jeune enfant. Cette fiche est transmise ensuite, *après un délai plus ou moins long* (un à six mois), aux services de la PMI du conseil général, et finit par aboutir à la sage-femme de PMI travaillant sur le secteur correspondant au lieu d'habitation de la femme. Le processus de signalement qui doit être enclenché par le médecin, directement après la première consultation de grossesse, court-circuite en théorie le processus administratif.

Dans les deux cas, la sage-femme réseau téléphone au médecin (s'il s'agit d'un médecin "réseau") ayant signé la déclaration de grossesse, essaie de comprendre les raisons (si elles existent) du non "signalement" et lui demande s'il souhaite qu'elle se rende au domicile de la femme concernée. Elle prend alors rendez-vous avec la femme.

La sage-femme réseau commence sa visite en général par une présentation détaillée du réseau de santé, notamment son histoire (lutte contre la fermeture de la maternité de Clamecy et les problèmes d'accès aux soins relatifs à la fermeture des petites maternités), son rôle (et utilité) notamment pour les femmes présentant des difficultés d'ordre financières, sociales (elle fait état des difficultés économiques de la région) et psychologiques ("pendant la grossesse, on peut avoir des difficultés avec sa propre mère") ; elle explique le fonctionnement du réseau, le déroulement du suivi de grossesse (les consultations mensuelles, les examens complémentaires, le passage de main éventuelle à partir du 7^{ème} mois, les cours de préparation à l'accouchement à la maternité, les transferts éventuels, en cas de nécessité, vers les maternités d'Auxerre, de Nevers ou de Dijon et les liens qui existent entre Clamecy et ces maternités, etc.).

En second lieu, elle développe un certain nombre d'explications relatives au carnet de suivi de grossesse, tant sur son contenu que sur l'usage qu'en font les professionnels, et sur la responsabilité des femmes dans sa gestion. D'ailleurs si le médecin a omis d'en ouvrir un, la sage-femme réseau (SFR) le fait et le complète lors de la visite à domicile. Elle s'appuie sur le carnet de suivi (qu'elle complète) pour approfondir le repérage des risques médicaux. Les risques sociaux et/ou psychologiques sont dépistés au cours de la discussion. La sage-femme explique qu'une de ses missions est d'essayer de trouver des solutions d'ordre financier si une femme se trouve en difficulté, notamment pour effectuer le premier bilan prénatal (premier trimestre) pour lequel l'avance des frais s'élève à 750 FF en l'absence de pratique de tiers payant. La SFR peut alors proposer un suivi au centre de planification familial qui réalise gratuitement les examens biologiques. Il faut noter à cet égard que les membres du réseau et notamment les généralistes n'ont pas souhaité solliciter la CPAM pour plusieurs raisons : ils ont des rapports souvent tendus avec les médecins contrôleurs ; ils doutent de la capacité de la CPAM à s'engager dans des dispositifs innovants ou à jouer un rôle facilitateur dans certaines circonstances (comme celle évoquée ici) ou alors à un prix qu'ils anticipent comme trop élevé en termes de comptes à rendre et de perte d'autonomie de décision.

La sage-femme réseau (SFR) insiste par ailleurs particulièrement sur le fait que le carnet de suivi de grossesse doit suivre la femme au cours de tous ses déplacements et même en dehors des consultations prénatales, car dans la rare éventualité où il arriverait quelque chose, ce carnet contient tous les éléments nécessaires à une prise en charge adaptée. Elle spécifie également que tous les acteurs (médecins et non-médecins) qui seront amenés à intervenir au cours du suivi de grossesse se serviront du carnet et que ce fait revêt une grande importance pour une coordination efficace du suivi de grossesse. Elle reprend, aussi, au cours de sa visite des explications qui n'auraient pas été comprises (ou oubliées) au cours de la consultation médicale (précautions alimentaires en cas de sérologie toxoplasmose négative, vaccination au décours de l'accouchement si sérologie rubéole négative) et donne de nombreux conseils concernant l'alimentation. Pour elle, toutes ces explications visent à rendre plus responsables les femmes et à leur faire jouer un rôle actif dans le réseau en faisant en sorte que s'appropriant ses objectifs par l'intermédiaire du carnet, elles puissent contribuer à sa réussite.

Un autre moment clé de la visite se situe dans la proposition faite à la femme de l'examiner, à moins qu'elle n'ait eu un examen gynécologique dans les jours précédents sa visite. Elle s'arrange, par ailleurs, pour organiser ses visites seulement lorsque les bruits du cœur du fœtus sont déjà audibles, cela afin de les faire écouter à la femme et *“ lui faire plaisir ”*. Ainsi, la sage-femme réseau, à travers sa compétence *“ médicale ”* s'attache à rendre son intervention légitime auprès des patientes, surtout à la situer dans un champ d'intervention *“ décalé ”* par rapport à la PMI qui souffre parfois d'une image négative et stigmatisante.

La visite à domicile est proposée à toutes les femmes (et non pas seulement aux femmes qui seraient repérées à risque *“ social et/ou psychologique ”* à partir de la fiche de déclaration de grossesse) afin de renforcer cet aspect non stigmatisant. Par ailleurs, la proposition systématique, par le médecin traitant (ou gynécologue obstétricien) d'une visite de la sage-femme réseau et la manière de présenter sa fonction vont également dans ce sens.

Au terme de cette visite, dont la durée est d'environ 1h30 - 2h, la sage-femme réseau informe par courrier le médecin qui suit la grossesse des conclusions de sa visite. Suivant les cas, elle expose les risques repérés, propose le cas échéant un suivi particulier, fait état éventuellement des examens biologiques ou échographiques qui n'aurait pas été réalisés lors de la visite chez le médecin.

2.4. La construction de nouvelles formes de coordination

Au-delà de l'organisation de la prise en charge selon des filières adaptées au(x) risque(s) repéré(s) et des outils de coordination (charte du réseau, carnet de suivi, les réunions dites *“ techniques ”* du réseau) dont les acteurs se sont dotés et qu'ils ont formalisé au moment de l'élaboration du réseau, *il s'est créé, au fur et à mesure du*

fonctionnement du réseau, de nouveaux espaces d'ajustement mutuel, que nous allons décrire et qui permettent de rendre effective la coordination entre les acteurs. Ils ne réunissent pas nécessairement à chaque fois les mêmes acteurs, à l'exception de la sage-femme réseau qui participe à tous ces espaces qu'elle a fortement contribué à structurer.

La réunion hebdomadaire de la maternité

Chaque semaine (le mardi matin), une réunion est organisée avec la sage-femme de maternité présente ce jour-là, la sage-femme de PMI, la sage-femme réseau et le gynécologue obstétricien. Tous les dossiers des femmes adressées à la maternité à la fin du 6^{ème} mois, c'est-à-dire au moment du passage de main vers la maternité, sont présentés, ce qui permet au gynécologue (si ce n'est pas lui qui les suit) et aux sages-femmes de la maternité de connaître le dossier des femmes qu'elles vont prendre en charge (préparation à l'accouchement à partir du 7^{ème} mois, puis monitoring toutes les semaines à partir du début du 9^{ème} mois).

La présence de la sage-femme PMI permet qu'elle prenne connaissance des dossiers des femmes pour lesquelles un suivi PMI est envisagé. De plus, les femmes qui posent un problème particulier (quel qu'il soit) font l'objet d'une discussion, d'un échange de points de vue éventuellement contradictoire, dans l'optique d'une prise de décision collective et adaptée.

Un travail de coopération avec la PMI mis en place progressivement

La sage-femme réseau étant une ancienne sage-femme PMI, les relations de coordination autour des grossesses difficiles entre le réseau et la PMI ont naturellement commencé par son intermédiaire, cela sur un mode totalement informel au début, à l'occasion notamment de rencontres impromptues (au self service de l'hôpital, par exemple). La sage-femme PMI s'est par ailleurs rendue compte, au début du fonctionnement du dispositif, que l'avis de naissance, systématiquement envoyé à la PMI, n'était pas toujours complet. En particulier, les transferts (anténataux et postnataux) n'y sont pas toujours notifiés alors qu'il s'agit d'un critère impliquant une visite rapide après le retour de la jeune mère à domicile pour s'assurer du devenir de cet enfant fragile et de la capacité de la mère à s'en occuper.

Il s'est par ailleurs avéré, au cours de ces rencontres fortuites et aussi au cours de notre enquête préalable, que la PMI avait parfois du mal à travailler avec les autres partenaires du réseau et notamment avec les médecins généralistes. Les deux sages-femmes (PMI et réseau) ont pensé qu'il était nécessaire de proposer un exposé sur les missions, le rôle, le fonctionnement et les domaines d'intervention de la PMI au cours d'une réunion technique du réseau. Depuis cette présentation, les relations avec les médecins généralistes se sont améliorées : ceux qui étaient les plus hostiles hésitent moins à prendre contact avec la PMI pour discuter de situations particulières de patientes, même si ceci reste assez rare.

Sur la base de ces constats (voir ci-dessus), il a été décidé que la sage-femme PMI participerait aux réunions maternité qui se déroulent chaque semaine. En plus de cette présence hebdomadaire, toute l'équipe de PMI participe une fois par mois à la réunion de maternité afin d'anticiper les situations qui nécessiteront son intervention après l'accouchement. Il a été convenu, par ailleurs, que les sages-femmes de maternité préviendraient les femmes en suite de couches de la visite à domicile systématique de la puéricultrice de PMI, cela dans l'optique de banaliser la démarche et de préparer ("psychologiquement") les jeunes mères à cette visite.

En plus de ces liens qui se sont créés entre la PMI et la maternité, essentiellement nous le rappelons, à travers la sage-femme réseau, cette dernière participe chaque mois au point PMI qui réunit l'équipe de PMI au complet, l'assistante sociale de secteur ainsi que, bien sûr, la sage-femme PMI.

Les relations de coordination entre la PMI et l'intersecteur de pédopsychiatrie ont débuté en 1996 grâce à la mise en place du réseau. La puéricultrice PMI et la psychomotricienne de l'intersecteur se mettent au courant mutuellement des prises en charge qu'elles initient auprès des mères (et des familles) présentant des difficultés psychologiques. Les échanges ont essentiellement lieu par téléphone. Ces relations se sont concrétisées lors d'une étude rétrospective réalisée conjointement par la puéricultrice PMI et la psychomotricienne, sur la revue des dossiers de l'ensemble des enfants ayant été transférés en prénatal ou postnatal pendant l'année 1995. L'idée était d'analyser le type de prise en charge mise en place par l'un ou l'autre des professionnels de ces deux institutions, de comprendre qu'elles étaient les logiques d'intervention respectives et de voir en quoi les modes d'intervention se complétaient ou étaient redondants, voire éventuellement divergents.

La puéricultrice PMI semble, par contre, rencontrer plus de difficultés pour établir un travail en collaboration avec les médecins généralistes, cela à l'exception de cinq ou six d'entre eux. Elle les perçoit comme étant mal à l'aise pour prendre en charge les mères, et enfants, présentant des troubles de la relation mère/enfant ; elle pense qu'ils ne savent pas aborder le problème avec les familles et qu'ils nient souvent l'existence de difficultés du fait de leur difficulté à les aborder sereinement.

La psychanalyste devait par convention (orale et non formalisée) être l'interlocuteur privilégié du réseau. Mais des divergences de points de vue entre celle-ci et la sage-femme réseau sont apparues qui se sont cristallisées sur un cas particulier et ont mené à une situation très conflictuelle. Ces éléments ont rendu nécessaire la remise en cause de cette convention de principe. De fait pour suivre les futures mères à domicile la sage-femme réseau fait plus facilement appel à l'infirmière psychiatrique qui accepte de se déplacer, au contraire de la psychanalyste. Celle-ci par contre passe voir toutes les femmes hospitalisées au cours de leur grossesse à la maternité de Clamecy afin d'appréhender les difficultés d'ordre psychologique de la future mère tandis que la

psychomotricienne intervient également à la maternité, les jeunes mamans et leur(s) bébé(s) après l'accouchement.

Le déjeuner au self service de l'hôpital de Clamecy : un lieu d'échange informel

Une grande partie des professionnels (la sage-femme réseau, l'équipe de PMI, l'équipe de maternité) participant au fonctionnement du réseau viennent déjeuner au self service de l'hôpital de Clamecy, ce dernier est devenu progressivement un lieu d'échange, informel, d'information concernant les femmes suivies par le réseau. La sage-femme étant repérée comme une personne ressource clé, notamment parce qu'elle est la première intervenante du champ médico-social à rencontrer les femmes du réseau et par conséquent à repérer celles présentant (ou qui sont susceptibles de présenter) des difficultés d'ordre sociale et/ou psychologique, les professionnels profitent de ce moment de rencontre pour discuter des femmes en difficulté. Il en va de même pour l'assistante sociale du CCAS de la circonscription qui vient également se restaurer au self service de l'hôpital.

2.5. Les filières a priori, aboutissement de ce travail de coordination

Au terme d'une description qualitative de l'historique de l'élaboration du réseau, de son fonctionnement et de ses mécanismes de coordination, il apparaît que cette élaboration a permis de construire une représentation commune des filières de prises en charge a priori. Comme cela a été vu plus haut, la définition appropriée de ces filières de prise en charge (et par conséquent la qualité ultérieure de la prise en charge elle-même) dépend essentiellement de l'ensemble de la procédure complexe de prédépistage constitué par la première consultation prénatale chez le médecin (généraliste ou spécialiste), le " signalement " à la sage-femme, la réalisation de la visite de la sage-femme réseau, dans le but de dépister précocement les femmes présentant des risques.

A l'issue de cette procédure de dépistage, les filières de suivi de grossesse sont définies de la façon suivante :

- la grossesse ne présente aucun risque, ni médical, ni social et/ou psychologique ; un suivi dit "standard" est mis en place ;
- la grossesse présente un risque social et/ou psychologique ; un suivi spécifique est proposé ;
- un risque médical (associé ou non à un risque social et/ou psychologique) est dépisté ; la question de l'orientation et du transfert est posée.

Les choses sont en fait plus complexes qu'il n'y paraît. En effet, une femme peut " passer " d'une filière a priori à l'autre en cours de grossesse en fonction de facteurs qui ne sont pas toujours maîtrisable pour les raisons suivantes : les risques sont évolutifs

dans le temps ce qui veut dire que leur date de repérage peut varier, qu'un risque repéré, même s'il est en grande partie contrôlable grâce à un bon suivi, peut néanmoins se transformer en pathologie avérée dont il est un marqueur et nécessiter alors une décision thérapeutique au sens large (transfert par exemple).

La grossesse ne présente aucun risque, ni médical, ni social et/ou psychologique ; un suivi dit "standard" est mis en place

Selon les règles de fonctionnement du réseau (le mode d'emploi), le suivi de la grossesse sera assuré au choix (du médecin traitant de la femme) soit par le médecin traitant de la femme, soit par le gynécologue obstétricien.

Dans le cas d'un suivi par le médecin traitant, celui-ci s'engage à respecter le protocole rappelé dans le carnet de suivi de grossesse : une consultation prénatale mensuelle (sept au total sur les neuf mois d'une grossesse), amniocentèse pour les femme de 38 ans ou plus, les bilans biologiques recommandés, 3 échographies aux bonnes dates et à la maternité, le passage de main vers l'équipe de maternité à la fin du sixième mois, les cours de préparation à l'accouchement, un monitoring par semaine à la maternité à partir du 9^{ème} mois.

La grossesse présente un risque social et/ou psychologique. Un suivi spécifique est proposé.

En plus du suivi " standard " décrit succinctement, un suivi spécifique sera mis en place au cas par cas et en fonction des problèmes qui se présentent. A titre d'exemple, si la femme a des difficultés pour faire l'avance des frais (1^{ère} consultation prénatale), il peut lui être proposé un suivi au planning familial qui réalise gratuitement les examens sanguins.

Pour un risque social dépisté au cours de la conversation pendant la visite de la sage-femme, un suivi (à domicile) supplémentaire, réalisé par la sage de PMI, est proposé à la femme qui l'aidera parfois dans ses démarches auprès des services sociaux.

S'il s'agit d'une difficulté d'ordre psychologique, soit un suivi par la sage-femme de PMI, soit par l'intersecteur de pédopsychiatrie, soit un suivi conjoint, est proposé à la femme.

Dans tous les cas, la sage-femme réseau demande son accord à la femme avant de se mettre en contact avec les professionnels concernés qui, à leur tour, prendront contact avec la femme par téléphone. Les rendez-vous auront lieu au domicile de la femme pour la PMI ou l'infirmière psychiatrique de l'intersecteur, ou au CMP ou au centre social. La SFR lui laisse également les coordonnées des professionnels que la femme pourra joindre elle-même si elle le désire.

Par ailleurs, comme cela a été relaté plus haut, la sage-femme réseau, en participant aux différents espaces d'ajustement mis en place au cours de la première année de

fonctionnement du réseau informe les autres partenaires du réseau à propos des femmes présentant des difficultés, même si cela ne se traduit pas par la mise en œuvre d'un suivi particulier.

La grossesse présente un risque médical (associé ou non à un risque social et/ou psychologique). La question de l'orientation et du transfert est posée.

Le médecin traitant doit alors prendre contact avec le gynécologue obstétricien afin de déterminer la conduite à tenir. L'obstétricien peut être amené à demander un avis par téléphone auprès de l'une des maternités associées au réseau. Les femmes peuvent éventuellement avoir à faire l'aller-retour vers l'une de ces maternités pour une consultation diagnostique et/ou thérapeutique. Enfin un transfert peut être organisé. Le lieu de ce transfert est choisi en fonction du niveau du risque médical du couple mère enfant³:

- en cas de haut risque dépisté, le transfert est effectué in utero vers une maternité de niveau III, c'est-à-dire le service de gynécologie obstétrique du CHU de Dijon, en coopération avec le service mobile d'urgence du CHU de Dijon
- en cas de risque modéré dépisté, le transfert anténatal est organisé vers une maternité de niveau II, c'est-à-dire le service de gynécologie obstétrique du CH de Nevers ou d'Auxerre.

Les mécanismes de coordination avec le service accueillant la femme sont le contact téléphonique, le fax ou le courrier.

2.6. Le rôle des femmes dans le réseau de Clamecy : de l'adhésion à l'action

Jusqu'ici, nous avons surtout envisagé le point de vue des promoteurs du réseau, et analysé les dispositifs plus ou moins formalisés qui ont été mis en place afin de garantir la bonne coordination entre les différents intervenants. Mais le réseau ne peut fonctionner que s'il réussit à capter l'intérêt des femmes, si celles-ci y adhèrent et acceptent d'entrer dans le jeu. A partir d'une série d'entretiens menés avec des femmes ayant accouché à Clamecy ou au moins ayant été suivies par le réseau, nous allons préciser ici la manière dont le réseau fonctionne pour les femmes.

Douze femmes ont été interrogées et eu égard à la relative homogénéité de leur description malgré la diversité des profils de ces femmes⁴, il ne nous a paru utile

³ conformément aux recommandations du Haut Comité de la Santé Publique et au Plan périnatalité du gouvernement

⁴ "Profil" des femmes enquêtées

d'étendre davantage l'échantillon, l'homogénéité étant en soi un résultat intéressant de l'enquête qui est significatif du fonctionnement du réseau. Ces entretiens feront l'objet d'un traitement plus approfondi dans la deuxième grande partie du rapport consacrée à la façon dont les femmes et les couples construisent leurs trajectoires.

Comment les femmes perçoivent-elles le réseau notamment dans ses relations à la maternité ? Elles connaissent toutes le terme, mais que mettent-elles derrière ? Pour un certain nombre d'entre elles, c'est quelque chose en plus, comme une prestation supplémentaire à laquelle elles ont droit, mais qui n'est pas obligatoire, qu'elles peuvent choisir d'avoir ou non. Cette prestation comprend une série d'éléments parmi lesquels la visite de la sage-femme et le carnet de maternité apparaissent les plus marquants. Le carnet lui-même est vu comme un outil de transmission de l'information entre les intervenants, mais aussi comme l'inscription de la série des examens que propose « le réseau » : le caractère organisé et « complet » du suivi est attribué pour partie au moins au « réseau » lui-même.

« A : vous avez parlé tout à l'heure du réseau, c'est votre médecin généraliste... ? »

I: Ben oui, je me suis dit : y a le réseau, pourquoi pas tant qu'à faire, ça avait l'air d'être assez complet comme suivi...

A: Elle vous l'a présenté un peu comme un choix que vous pouviez faire vous ?

I: Oui, oui, c'était un choix pas une obligation, j'aime pas être poussée, donc... »

Pour d'autres au contraire, le réseau est davantage lié de façon organique à la maternité et perçu comme une forme d'organisation défensive, permettant d'assurer un suivi irréprochable, et en particulier de repérer le risque social (qui, pour celles qui en parlent, ne les concerne pas directement) : elles considèrent alors que la qualité du suivi, dont elles tirent avantage, n'est peut-être pas directement nécessaire pour elles-mêmes.

Globalement, le réseau apparaît donc comme l'un des éléments contribuant à ce qu'elles ressentent comme une forme de qualité dans la prise en charge, *mais plus*

* 5 primipares/ 7 multipares

* sur les 7 multipares : 2 ont eu tous leurs enfants à Clamecy

* une femme a été suivie dans le cadre du réseau et a accouché à Auxerre (déménagement) / une femme n'a pas été suivie dans le cadre du réseau et a accouché à Clamecy

Ces femmes ont été repérées "au hasard" par la sage-femme réseau en fonction des critères cités et de nos dates de déplacement. Dans cet échantillon, figuraient au moins deux femmes jugées "limite" du point de vue des risques obstétricaux associés à des difficultés de vie. Par ailleurs, les femmes rencontrées appartiennent à des milieux socio-économiques assez divers, sans doute à peu près représentatif de la diversité réelle de la population. Mais nous n'avons pas rencontré de "cas sociaux" graves, pour la bonne raison que ces femmes n'étaient pas forcément prêtes à nous recevoir puisque deux tentatives faites en ce sens n'ont pas produit le résultat escompté.

encore comme une considération qui leur est accordée. L'attribution de ces qualités positives reste assez ambiguë : en majorité, elles sont très contentes de la manière dont les choses se sont passées, mais il n'y a pas de répartition claire des bénéfices entre les effets du réseau, l'organisation propre de la maternité, la compétence particulière de chaque acteur etc. Elles comparent plutôt le suivi à celui dont des proches ont pu bénéficier dans d'autres maternités et concluent généralement : "elle n'a pas eu tout ce que j'ai eu...", ou "il n'y a eu pas le même suivi." *Ces appréciations sont d'autant plus appuyées que la femme a du, pour une raison ou une autre, être plus particulièrement suivie* : ainsi les femmes qui ont été hospitalisées en cours de grossesse pour une menace d'accouchement prématuré et/ou qui ont été suivies à domicile par une sage-femme *sont d'autant plus convaincues de la qualité incomparable de ce qui leur est proposé.*

Le réseau : effet de mise en cohérence ?

Le réseau de par la manière dont il se rend visible pour les femmes (visite de la sage-femme réseau, carnet de suivi) produit ou rend visible une forte rationalisation de la prise en charge.

La visite de la sage-femme réseau est un élément très important dans le dispositif : elle prend le temps d'expliquer longuement aux femmes l'histoire, les raisons d'être, et le fonctionnement du réseau dans une perspective très rationalisée. *Ce faisant, elle inscrit la trajectoire particulière d'une femme dans un mouvement d'ensemble qui la rend intelligible* : il est remarquable que toutes les femmes interviewées, qui l'ont été en général à plus de six mois de distance de la visite de la sage-femme réseau, se souvenaient assez précisément du contenu de cette visite, des arguments avancés, *comme si elles se les étaient en quelque sorte plus ou moins appropriés.* Du coup, les détails de chaque parcours (les examens faits, les visites etc.) n'apparaissent pas comme des manifestations ponctuelles et éventuellement arbitraires mais bien comme faisant partie d'un tout organisé. On remarque aussi l'appropriation, même par des femmes qui n'ont pas un niveau d'études très élevé, d'un vocabulaire médical, utilisé généralement à bon escient. Il y a bien le transfert de connaissances et surtout l'intégration des femmes dans le réseau lui-même. *Ce qui donne à la femme l'impression qu'elle est actrice dans ce processus, qu'elle compte, qu'elle n'en est pas seulement l'objet :*

« le carnet c'est utile d'ailleurs parce que j'avais l'impression de mener ma grossesse, je voyais tel mois faut faire ça, ça, alors que l'autre grossesse, c'était pas du tout comme ça, l'autre quand j'arrivais il me disait vous allez faire ça et ça, mais là, ici aussi on me prescrivait mais je savais ce qu'il fallait faire ça et ça c'est bien. »

Par ailleurs, en couplant cette présentation à un examen de la femme, la sage-femme réseau rend visible l'intégration produite par le réseau. Il y a une logique d'ensemble du suivi qui se centre autour de chaque femme et du dépistage du risque. Elle n'est pas là

seulement pour parler, ce qui pourrait être ressenti comme un peu déconnecté de la grossesse et de son suivi, mais elle fait partie des intervenants médicaux.

En construisant a priori cette logique du parcours, la visite de la sage-femme réseau permet de faire le lien entre tous les moments ponctuels de prise en charge, ce qui en définitive rend totalement “invisible” la multiplicité des intervenants successifs, ou plus exactement empêche que cette multiplicité ne soit perçue comme un éclatement. Rappelons en effet que, souvent, la femme va successivement être suivie par son généraliste, le gynécologue-obstétricien de l’hôpital, et les sages-femmes de l’hôpital.

Par ailleurs, comme nous venons de le dire, elle permet l’intégration des différentes dimensions du suivi, psychologique, social, médical, intellectuel, intégration qui est à nouveau produite lors des visites hebdomadaires du 9^{ème} mois avec les sages-femmes et lors des cours de préparation pour celles qui en suivent. Ces visites sont en effet longues, puisqu’elles comprennent un monitoring d’une demi-heure, suivi d’une visite habituelle. Pendant le monitoring, les femmes ont le temps de discuter longuement avec les sages-femmes, du bébé, de la grossesse, de l’accouchement, mais aussi peut-être d’autre chose. Ce temps-là, tout comme celui passé par la sage-femme réseau, est une marque de considération très importante. Pendant la première de ces visites, les sages-femmes refont avec les femmes un dossier en reposant plus ou moins les mêmes questions que celles auxquelles elles ont déjà été confrontées. Pourtant aucune des femmes rencontrées n’a mentionné cela comme une redondance : apparemment, et c’est voulu par les sages-femmes, ce questionnaire prend la forme d’un échange et va au-delà du simple prélèvement d’informations. Au moment où la prégnance du réseau va en s’amenuisant - plus l’accouchement est près, moins le réseau devient visible, et plus l’on se rapproche d’un suivi classique - la forme des interventions ré instaure une certaine continuité. Cette continuité, l’impression que rien ne peut passer au travers des mailles du filet, tout ceci contribue à renforcer l’image de sérieux attachée au suivi.

Nous constatons donc une grande congruence du discours des femmes par rapport au discours produit par l’organisation elle-même : en les associant au suivi de grossesse, en leur assurant considération et respect, l’organisation les met en quelque sorte « de son côté ». Une fois que cette intégration est faite, il n’y a plus ou presque plus de place pour un choix, pour une décision : elles peuvent tout au plus décider de suivre ou non les cours de préparation. Quant à la péridurale, la décision n’est que très partiellement de leur côté, puisque la nuit et les week-ends, le choix est exclu. Donc en définitive, la seule décision déterminante est celle du choix de la maternité. Mais cette absence de choix n’est apparemment pas ressentie par les femmes comme un manque. Nous avons interviewé en particulier un certain nombre de femmes qui n’ont pas eu de péridurale et cela n’apparaissait en aucun cas comme un facteur limitant leur satisfaction. Nous nous trouvons donc face à un dispositif d’offre qui n’a pas réellement de caractère d’offre tel que l’on pourrait le définir d’un point de vue économique. La concurrence est lointaine et il n’y a pas de demande en face, puisque le mode de relation instauré par

l'organisation relève bien plus de **l'adhésion** que de la demande. L'adhésion entraîne du coup une grande compliance des femmes par rapport au programme qui leur est proposé : les femmes peuvent donc être considérées comme un élément central qui garantit à la fois l'existence et l'efficacité du réseau.

3. CONCLUSION

Le réseau du Haut-Nivernais présente un certain nombre de caractéristiques qu'il nous paraît important de relever et qui serviront de bases pour la comparaison avec la suite :

- il représente tout d'abord une forme *d'organisation de l'offre pour un territoire donné* : l'objectif est bien, à l'échelle de ce territoire, de couvrir les besoins de l'ensemble de la population, avec une définition extensive de ces besoins qui couvre l'intégralité de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites et qui s'étend du médical au psychologique en passant par le socio-économique ; ce qui suppose que l'organisation intègre des professionnels venant d'horizons divers et exerçant dans des conditions différentes, du généraliste en cabinet à l'obstétricien hospitalier, en passant par la sage-femme ou la puéricultrice de PMI ou encore la psychanalyste.
- *les objectifs de cette organisation ont été définis collectivement par la négociation* entre les professionnels impliqués et ont été traduits de la même manière sous la forme de règles de pratiques et d'ajustements mutuels ;
- l'ensemble de ces règles, objectifs etc. a été *formalisé et inscrit dans un certain nombre « d'outils »* : une Charte du réseau à laquelle sont supposés adhérer les membres du réseau, un carnet de maternité, l'institution d'une sage-femme réseau.
- ces outils et procédures ont une double fonction : ils assurent la *coordination* entre les différents acteurs et, par le même mécanisme, permettent *l'évaluation* du réseau en fonctionnement ; ainsi, les informations inscrites dans le carnet-réseau servent à la fois à la transmission entre professionnels et à la re-constitution des trajectoires effectivement suivies ;
- les relations avec les « bénéficiaires » du réseau sont caractérisées : 1) par la « *visibilité* » - le réseau est rendu très explicite -, et 2) la recherche d'une forme *d'adhésion*. Autrement dit, le collectif construit à partir des professionnels inclut les usagers, et s'étend en rendant le réseau toujours plus explicite.

Chapitre 2

La consultation avancée d'Issoudun

Le dispositif de consultation avancée en gynécologie-obstétrique a été mis en place, au début des années 1990, sur le département de l'Indre, cela à la suite de la fermeture des maternités de deux centres hospitaliers d'Issoudun et de La Châtre.

Les lieux d'accouchement sur le département, avant la fermeture des maternités des centres hospitaliers de La Châtre et d'Issoudun étaient constitués par quatre maternités publiques, trois de niveaux I (sans service de néonatalogie) respectivement situées dans les centres hospitaliers de La Châtre, d'Issoudun et du Blanc et une de niveau II située au centre hospitalier de Châteauroux. En ce qui concerne les deux maternités privées, et jusqu'à la fermeture récente de l'une d'entre elles, la clinique Montaigne, en août 1998, elles se trouvaient toutes deux à Châteauroux.

A la fin des années 80, le dispositif obstétrico-pédiatrique du département de l'Indre fait l'objet d'une restructuration, celle-ci n'étant pas sans rapport avec la politique nationale de l'époque qui préconise la fermeture des petites maternités réalisant moins de 300 accouchements¹. Cette restructuration conduit à la fermeture de la maternité du centre hospitalier de La Châtre (15 lits) définitivement en 1990, cela après une première fermeture en 1987 suivie d'une réouverture temporaire en raison d'une réaction de la population,, puis de celle d'Issoudun (18 lits) en 1992. Au moment de ces fermetures, il existe une préoccupation importante, portée notamment par le chef de service de la maternité de Châteauroux et ainsi que par les sages-femmes de la maternité d'Issoudun : il s'agit de faire en sorte de préserver un accès de proximité à des soins publics de gynéco-obstétricaux, dans les locaux des centres hospitaliers de La Châtre et d'Issoudun. Cela se traduit par la mise en place de consultations de gynéco-obstétrique dans les locaux de ces hôpitaux.

Ceci étant, hormis la préoccupation de maintenir un service public de proximité après la fermeture de ces deux maternités, un autre élément a contribué à la mise en place de ces dispositifs ; il concerne la maternité de Châteauroux. En effet, celle-ci se trouve, à l'époque de l'arrivée du nouveau chef de service fin 1989, dans la nécessité de reconstruire d'une part son équipe médicale et d'autre part sa " crédibilité ", en tant que maternité au niveau départemental. En effet, deux années d' " inconstance " en ce qui concerne l'équipe gynécologique et obstétricale, c'est à dire en l'absence de véritable chef de service, ont contribué à la baisse du nombre d'accouchements qui, en 1989, ne s'élève plus qu'à 750 alors qu'il s'élevait auparavant à plus de 1000. Le rétablissement de cette " crédibilité " va s'appuyer en partie sur la construction d'une nouvelle maternité, le pavillon " mère-enfant " qui ouvrira ses portes en 1994. Par ailleurs, le maintien des dispositifs de consultations avancées au niveau des centres hospitaliers de La Châtre et d'Issoudun aura pour conséquence de favoriser le développement l'attractivité de la maternité du centre hospitalier de Châteauroux sur le département, cela eu égard, notamment, aux deux maternités privées de Châteauroux.

La façon dont chacun de ces dispositifs s'est mis en place dans chacun des centres hospitaliers concernés n'est pas sans relation avec le contexte local. Ainsi, à Issoudun, la fermeture de la maternité a été anticipée par le conseil d'administration, et plus particulièrement par son président qui, bénéficiant d'un appui politique au niveau national, a pu la négocier contre l'ouverture d'un service de rééducation fonctionnelle. Cette fermeture a, par conséquent, pu faire l'objet d'un travail préparatoire, travail commun à l'origine duquel se trouvent la sage-femme actuellement considérée comme " surveillante " du dispositif de consultation avancée mis en place ainsi que le chef de la maternité de Châteauroux, sans la collaboration duquel les choses n'auraient pu se faire. Sur Issoudun, la fermeture s'est donc traduite par le maintien des postes de sages-femmes au niveau du centre hospitalier d'Issoudun, ce qui a permis d'offrir une présence permanente sur place.

Au contraire, la fermeture de la maternité de La Châtre, antérieure à celle d'Issoudun, n'a, pour sa part, fait l'objet d'aucune préparation. Elle s'est, par conséquent, accompagnée, tout d'abord d'une mise à disposition des postes des trois sages-femmes, puis par une intégration de ces postes à l'équipe de la maternité de Châteauroux, à charge alors, pour le chef de service de celle-ci, d'assurer des consultations avancées de sages-femmes et de gynécologues-obstétriciens dans les locaux de l'hôpital de La Châtre. En fait, au moment de la fermeture de la maternité d'Issoudun, il a été demandé aux sages-femmes restant sur place d'assurer également la préparation à la naissance et les consultations de planning familial au centre hospitalier de La Châtre.

Ces contextes très différents de mise en œuvre de ces dispositifs de substitution n'est pas sans conséquences. Ainsi, bien que censés fonctionner de façon similaire, en pratique, le dispositif de La Châtre ne bénéficie de la présence d'une sage-femme qu'une fois par semaine, ce qui restreint considérablement les activités que les sages-

femmes d'Issoudun ont pu y développer et contribue à un fonctionnement, a minima, du dispositif. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes intéressés plus particulièrement au dispositif localisé à Issoudun, cela notamment dans la partie descriptive du fonctionnement du dispositif.

Nous verrons comment la mise en œuvre de ce dispositif, s'est structuré, de fait, sur la base d'une logique de structure et d'offre de services, plutôt que sur une réflexion plus large impliquant les différents acteurs, publics ou privés, qui interviennent à un moment ou un autre dans la prise en charge du suivi de grossesse et sur la façon dont ils pourraient organiser au mieux leur complémentarité au niveau local. Au moment de son étude dans le cadre de ce projet, ce dispositif se situe dans un contexte national de restructuration du dispositif obstétrico-pédiatrique. Cela se traduit par une réflexion, menée au niveau départemental, sur l'évolution éventuelle à donner au dispositif obstétrico-pédiatrique existant. Afin de mieux situer le dispositif de consultation avancée au sein de ce dernier, nous commencerons notre présentation par une description brève de ce contexte départemental et régional.

1. LE CONTEXTE OBSTÉTRICO-PÉDIATRIQUE

1.1. Les lieux de naissance au niveau départemental

Une fois les deux maternités de La Châtre et d'Issoudun fermées, les lieux d'accouchement possibles sur le département étaient constitués de deux maternités publiques, l'une de niveau I (sans service de néonatalogie) au centre hospitalier du Blanc et l'autre de niveau II à Châteauroux, ainsi que de deux maternités privées, les cliniques Saint-François et Montaigne, situées également à Châteauroux.

Jusqu'en 1997, les lieux d'accouchement du département se répartissaient de la façon suivante: 50 % environ à la maternité de Châteauroux, 25 % à la clinique Saint-François, 14 % à la clinique Montaigne et 11 % au Blanc. La fermeture récente (au cours de l'été 1998) de la maternité de la clinique Montaigne, suivant de peu l'intégration d'un de ses gynécologues-obstétriciens à l'équipe obstétricale du centre hospitalier de Châteauroux, a conduit en 1998 à un report pratiquement complet de l'activité de cette maternité sur la maternité publique de Châteauroux. Le nombre d'accouchements s'est ainsi élevé, pour l'année 1998, à environ 1300.

Dotée de 34 lits (niveau II), la maternité de Châteauroux fonctionne avec une équipe de 5 médecins gynécologues-obstétriciens et 12 ETP sages-femmes, soit 13 sages-femmes. Les cinq gynécologues-obstétriciens qui y exercent assurent à tour de rôle des " gardes " (sur place) de jour, une fois par semaine. Le médecin concerné effectue la visite en hospitalisation complète, en particulier pour la prise en charge des grossesses

pathologiques, ainsi que la prise en charge des urgences obstétricales, notamment en salle de travail, et celle des urgences gynécologiques se présentant en consultation. L'équipe médicale assure également à tour de rôle des astreintes de nuit et de week-end. Trois des médecins ont accepté de réaliser des gardes sur place à la maternité du Blanc afin de soulager le praticien hospitalier qui y est affecté. Par ailleurs, tous réalisent, une demi-journée par semaine, une consultation avancée, soit au centre hospitalier d'Issoudun, soit au centre hospitalier de La Châtre.

L'augmentation récente de l'activité s'est traduite par des pics d'activité tels qu'à plusieurs reprises des transferts ont dû être effectués par manque de place. Cette augmentation d'activité touche également la consultation de gynécologie-obstétrique, avec pour conséquence un délai de deux mois pour obtenir un rendez-vous.

1.2. Les restructuration en cours au niveau du département et de la région

Dans le cadre de la politique nationale de restructuration du dispositif d'offre de soins obstétrico-pédiatrique, le chef de service de la maternité de Châteauroux, les directions d'établissements et les tutelles administratives se sont récemment engagés à repenser le dispositif départemental et régional.

Au niveau départemental, cette politique tend à placer la maternité du centre hospitalier de Châteauroux au centre du dispositif, avec notamment la constitution en unités fonctionnelles de la maternité du Blanc et de la consultation avancée de La Châtre. Ainsi, l'unité fonctionnelle constituée par *la maternité du Blanc* repose sur une convention de coopération interhospitalière passée entre les centres hospitaliers de Châteauroux et du Blanc. Selon cette dernière, le centre hospitalier du Blanc met à disposition de celui de Châteauroux un poste de praticien hospitalier, en contrepartie de quoi le fonctionnement de la maternité du Blanc est placée sous la responsabilité du médecin recruté sur ce poste.

En ce qui concerne La Châtre, le conseil d'administration a statué, de façon pratiquement concomitante, en octobre 1997, sur le fait que la consultation avancée de La Châtre devient une unité fonctionnelle du service de gynécologie-obstétrique de Châteauroux. En pratique, cette décision n'affecte en rien le centre hospitalier de La Châtre puisque aucun personnel de l'hôpital, hormis la secrétaire médicale, n'est concerné par la consultation avancée. Par contre, la consultation avancée devient, dès lors, une mission à part entière du service de Châteauroux.

La question de la constitution en unité fonctionnelle se pose différemment pour le centre hospitalier d'Issoudun, dans la mesure où cette « intégration » à la maternité de Châteauroux pourrait avoir pour conséquence, à terme, l'intégration des postes des trois sages-femmes à l'équipe obstétricale de Châteauroux, cela à l'instar de ce qui s'est passé à La Châtre au moment de la fermeture de sa maternité. Le danger, dans ce cas est

de voir ce service de proximité passer après les priorités de fonctionnement de la maternité, ce d'autant plus que celle-ci se trouve en surcharge d'activité. C'est, en tous les cas, la raison pour laquelle le conseil d'administration n'a pas délibéré dans ce sens, ce qui a été dans un premier temps source de « tensions » entre l'hôpital de Châteauroux et d'Issoudun .

Au delà de ces restructurations qui sont actuellement à l'œuvre au niveau départemental, la région Centre, à l'instar des autres régions, s'est engagée dans un processus de reconfiguration du dispositif obstétrico-pédiatrique visant à mettre les maternités en réseau au niveau régional. Dans ce cadre-ci, même si cela ne fait pas encore l'objet d'une contractualisation sous forme de convention, la maternité du CHU de Tours (1h30 de Châteauroux) constitue *le* centre de référence de niveau III de la région, la maternité de Châteauroux correspondant à la maternité de référence (niveau II) sur le département de l'Indre. Ceci étant, il existe également des relations avec le CHU de Limoges que la régionalisation des soins obstétrico-pédiatriques ne sauraient totalement écarter, ce d'autant plus que Limoges est situé à seulement 1h de Châteauroux et que les relations existant avec le service de gynécologie-obstétrique de Tours ne sont pas toujours faciles, certains gynéco-obstétriciens de Châteauroux déplorant notamment l'indisponibilité des obstétriciens de garde lorsqu'ils sont contactés pour avis. En ce qui concerne les transferts postnatals éventuels, les pédiatres du service de pédiatrie ont, pour leur part, l'habitude de travailler plutôt avec le CHU de Limoges. Ceci étant, le lieu de résidence des parents est pris en compte et les transferts sont donc effectués, selon les cas, soit par le SMUR pédiatrique de Tours, soit par celui de Limoges.

Les processus de restructurations que nous venons de décrire et la façon dont ils sont pensés s'inscrivent de fait et de façon prédominante, dans une logique de « structures », à partir desquelles le dispositif obstétrico-pédiatrique « doit » s'organiser. Ainsi, les réflexions qui prévalent reposent, en grande partie sur la formalisation de lien entre institutions, ce dont témoignent en grande partie la constitution en unités fonctionnelles de la maternité du Blanc et de la consultation avancée de La Châtre ainsi que la formalisation des liens entre les différentes maternités au niveau régional.

2. LES ACTEURS DU DISPOSITIF DE CONSULTATION

Le dispositif de consultation avancée associe le centre hospitalier d'Issoudun et, à ce niveau, plus particulièrement, trois sages-femmes, le centre hospitalier de La Châtre, ainsi que la maternité de Châteauroux et son équipe obstétricale. Comme nous l'avons dit plus haut, nous nous intéresserons ici plus particulièrement au fonctionnement du dispositif localisé sur Issoudun.

2.1. Les sages-femmes de consultation avancée : une offre diversifiée de prestations de soins

Les locaux de la consultation avancée du centre hospitalier d'Issoudun, située au rez-de-chaussée de l'hôpital, comprennent une salle d'attente, un bureau de consultation (et d'échographie), un bureau pour les sages-femmes ainsi qu'une salle de préparation à l'accouchement où sont également effectués les monitorings de surveillance de grossesse.

La consultation avancée est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 17h. Trois sages-femmes en assurent la permanence de fonctionnement. Trois sages-femmes en assurent la permanence de fonctionnement dont celle qui se situe à l'origine du projet de consultation avancée au moment de la fermeture de la maternité. Elles structurent leurs activités au cours de la semaine en tenant en compte des deux contraintes suivantes:

- d'une part, les consultations réalisées par les trois médecins du service de gynécologie-obstétrique de Châteauroux qu'elles assistent (préparation des dossiers, vérification de la couverture sociale, secrétariat médical) à tour de rôle, et qui consultent à Issoudun, respectivement, le mardi après-midi, le jeudi toute la journée une fois tous les 15 jours et le vendredi après-midi ;
- d'autre part, les tours de gardes qu'elles effectuent de jour (de 8h à 20h30), à la maternité de Châteauroux, en alternance 4 jours un mois ou 6 jours l'autre mois ;

Les sages-femmes envisagent leur exercice professionnel dans une perspective qui inscrit la grossesse dans un processus global, où la préparation à la naissance (et " non à l'accouchement " comme elles le spécifient à plusieurs reprises au cours des entretiens), ainsi que la dimension préventive, constituent, de leur point de vue, des éléments fondamentaux de leur activité. Allant dans ce sens, un des médecins rencontrés, également sensible à ces aspects de la grossesse, qualifie leur activité de la façon suivante : *" elles exercent la fonction de sage-femme dans toute sa plénitude depuis la préparation à la naissance au suivi postnatal, en passant par les consultations de suivi de grossesse, la surveillance de grossesses pathologiques à domicile, les gardes en salle de travail et le planning familial "*.

Ainsi, les cours de préparation à la naissance ont lieu 3 à 4 demi-journées par semaine, les séances durant entre 1h30 à 2h, à raison de 6 à 7 séances en moyenne par grossesse et par groupe de 6 à 7 femmes : elles se relaient pour les effectuer. L'une d'entre elles a suivie une formation en haptonomie permettant de proposer deux formes de préparation à la naissance, l'une classique, l'autre par haptonomie. Par ailleurs, une matinée par semaine est consacrée aux consultations de suivi de grossesses c'est-à-dire, soit au suivi de grossesses normales, soit à la surveillance de grossesses pathologiques (surveillance du monitoring). En cas de contre-indication de déplacement, les sages-

femmes se déplacent également à domicile (essentiellement sur les cantons d'Issoudun) dans le cadre de surveillance de grossesses pathologique.

Elles effectuent aussi des consultations de rééducation périnéale post-natale, qui ont lieu, sur rendez-vous, dans les locaux du service de rééducation ainsi que des consultations de planning familial, une demi-journée par semaine. L'une d'entre elles a une formation de conseillère conjugale, de telle sorte qu'elle peut recevoir les femmes souhaitant une interruption volontaire de grossesse.

En plus des activités suscitées, les sages-femmes assurent également toutes les tâches non soignantes, à savoir le secrétariat (courrier tapé pour le médecin traitant, préparation des dossiers, vérification de la protection sociale des patientes), les prises de rendez-vous, le ménage et la stérilisation des instruments dans le service de rééducation fonctionnelle. En conséquence, elles sont souvent interrompues dans le déroulement de leurs tâches soignantes et notamment pendant les cours de préparation à la naissance et pendant les consultations.

Par ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, les sages-femmes se relaient, une fois par semaine, le mercredi, pour assurer une permanence à la Châtre de 10h à 17h. Cependant, compte tenu de leur planning de garde, une fois tous les deux mois (le mois où elles effectuent 6 gardes à la maternité), elles ne peuvent pas se rendre à La Châtre.

2.2. La maternité du centre hospitalier de Châteauroux (niveau II)

Comme cela a été vu plus haut, chacun des cinq médecins de l'équipe obstétricale réalise, une demi-journée par semaine, une consultation avancée soit au centre hospitalier d'Issoudun, soit au centre hospitalier de La Châtre. Ainsi, sur Issoudun, trois médecins consultent respectivement le mardi après-midi, le jeudi toute la journée une fois tous les 15 jours et le vendredi après-midi. Le nombre de consultations augmente d'année en année depuis la mise en place de la consultation avancée, de telle sorte qu'actuellement il faut compter environ un délai de deux mois pour obtenir un rendez-vous.

3. FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF DE CONSULTATION AVANCÉE D'ISSOUDUN

Nous venons de voir les acteurs impliqués directement dans le dispositif de consultation avancée ainsi que les services qui y sont proposés. Il s'agit maintenant de comprendre la façon dont ce dispositif fonctionne lorsqu'une femme s'adresse à ce dispositif, en particulier, en ce qui concerne la façon dont s'organise le suivi de grossesse, le rôle des sages-femmes dans celui-ci ainsi que les mécanismes de

coordination mis en place entre leurs activités et celles des gynéco-obstétriciens ainsi qu'entre la consultation avancée et la maternité de Châteauroux.

Ainsi, selon les sages-femmes de la consultation avancée, en l'absence de la définition de règles de fonctionnement avec les acteurs intervenants en amont de la consultation avancée, les femmes s'adressent à la consultation avancée selon différents modes : les unes viennent de leur propre initiative pour se faire suivre d'emblée ; d'autres ne viennent que pour bénéficier de la préparation à l'accouchement, de leur propre initiative ou bien adressées par le médecin traitant ; d'autres encore sont adressées par le généraliste au moment du " passage de main " pour la visite du septième, huitième ou neuvième mois; beaucoup plus rarement, sinon exceptionnellement, certaines ne sont adressées que pour la réalisation des échographies.

3.1. Une tentative de suivi de grossesse mixte associant depuis peu les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens

Dans le cas des femmes s'adressant à la consultation avancée dès le début de la grossesse, le premier rendez-vous est pris avec le gynécologue-obstétricien, cela en raison de la déclaration de grossesse, du triple test et de la première échographie.

Jusqu'à il y a un an, les sages-femmes n'intervenaient dans le suivi de grossesse, que sur prescription médicale, en cas de grossesses pathologiques nécessitant une surveillance rapprochée (prise de tension artérielle, monitoring) entre deux consultations médicales. Depuis quelques mois, en raison des délais d'obtention de rendez-vous avec les médecins, de nouvelles « règles » de fonctionnement se sont progressivement installées, celles-ci ayant été initiées au départ par un des trois médecins. Ainsi, selon le planning des médecins, et après accord de la femme, le suivi mensuel est réalisé en alternance (un mois sur deux) par une sage-femme et par le gynécologue-obstétricien, l'un d'entre eux éprouvant cependant encore certaines difficultés à proposer à une femme de voir un autre intervenant (une sage-femme) que lui-même.

Dans le cas de figure décrit, les trois échographies habituelles seront effectuées sur place au cours d'une consultation avec un gynécologue obstétricien. Pour les femmes qui sont suivies par un médecin généraliste et dont le passage de main a lieu au moment de la dernière échographie, en général, seule cette dernière aura lieu sur place, les autres étant, le plus souvent, réalisées en ville, dans un cabinet de radiologie privé.

3.2. Le rôle des sages-femmes de consultation avancée dans la prise en charge du risque médical

Lorsqu'une femme présente un risque médical, les sages-femmes de consultation avancée seront amenées, sur prescription médicale, à effectuer une surveillance (suivi de monitoring par exemple) rapprochée de grossesse, cela entre deux consultations médicales. Plusieurs cas de figure existent :

- soit il s'agit de prévenir une hospitalisation et cette surveillance aura lieu dans les locaux de la consultation avancée si la femme est en mesure de se déplacer d'un point de vue médical et/ou matériel (moyen de locomotion) sinon les sages-femmes se déplaceront à domicile pour réaliser ce suivi de grossesse rapprochée.
- soit il s'agit de mettre en place une surveillance de grossesse à l'issue d'une hospitalisation à la maternité de Châteauroux. Dans ce cas, la sage-femme de grossesse pathologique de la Châteauroux se met normalement en contact avec les sages-femmes de la consultation avancée, afin de les mettre au courant de la mise en place d'un suivi à domicile, du motif de l'hospitalisation et de son déroulement. Là encore, selon les cas, le suivi aura lieu à la consultation avancée ou bien à domicile.

Parfois, la patiente sera amenée à contacter directement la consultation avancée après une hospitalisation. Les sages-femmes, ne sont, dans cette situation, au courant ni du motif d'hospitalisation, ni du suivi à mettre en place, informations qu'elles vont obtenir en téléphonant elles-mêmes à la maternité. Il est impossible actuellement de connaître la fréquence de survenue de ces "dysfonctionnements". Ceci étant, le fait que cela ait été mentionné dans les entretiens met en exergue les difficultés qu'il existe, parfois, entre les professionnels de la consultation avancée et ceux de la maternité.

Toujours est-il qu'en cas de surveillance rapprochée, sur place ou à domicile, une feuille de "suivi de grossesse" est tenue à jour à chaque consultation ou visite. Cette feuille reste dans le dossier obstétrical de la femme (et non à domicile). Une photocopie sera éventuellement remise à la femme avant la consultation suivante avec le gynécologue-obstétricien.

3.3. Le dépistage des problèmes psycho-socio-financiers : un rôle important des cours de préparation

Les sages-femmes proposent systématiquement aux femmes qui s'adressent à la consultation avancée de suivre les cours de préparation à la naissance. Ces cours constituent, pour elles, une opportunité non négligeable de repérer des problèmes psycho-socio-financiers, dans la mesure où elles considèrent que les séances représentent des moments privilégiés d'échange avec les femmes enceintes. Ainsi, les discussions et les questions posées à l'occasion de tel ou tel thème abordé en séance

permettront, à un moment ou un autre, d'appréhender la situation familiale, professionnelle, financière, ainsi que les vulnérabilités psychologiques (y a-t-il un papa présent, des difficultés d'insertion professionnelle, des propos tenus ou des comportements laissant penser qu'une grossesse n'est pas désirée, etc.). Par exemple, les débats autour de la composition du trousseau de naissance peuvent être à même de révéler des problèmes financiers éventuels. Les différentes difficultés rencontrées pour chacune des femmes suivant les cours font l'objet d'une retranscription sur une fiche individuelle dont l'utilisation sera précisée un peu plus loin.

En ce qui concernent les liens des sages-femmes avec les autres intervenants, ils “ se font plutôt au coup par coup ” et, en l'absence de sages-femmes PMI sur le département, l'interlocuteur principal de la période anténatale est l'assistance sociale de circonscription. Ceci étant, il n'est pas rare que les sages-femmes passent elles-mêmes du temps à “ débrouiller ” des situations problématiques (entrer en contact avec l'assistante sociale scolaire, avec l'assistance sociale de secteur, rencontrer différents membres de la famille, etc.). Elles peuvent être également amenées, selon les cas, à initier une première démarche téléphonique auprès des services gestionnaires ou sociaux (CAF, assistante sociale), sans pour autant accomplir, en général, les démarches dans leur intégralité.

3.4. Les mécanismes de coordination

◆ Au sein de la consultation avancée

Les sages-femmes se relaient pour les cours de préparation à la naissance. Cette fiche leur sert de support de transmission, leur permettant d'échanger sur les femmes qu'elles suivent. Hormis les thèmes généraux abordés avec les groupes de femmes à chacune des séances, y sont notés les particularités de chaque femme, les questions qu'elle se pose par rapport à la préparation (une femme a abordé tel thème, elle était angoissée, quelle réponse a été apportée en séance, etc.) ainsi que les signaux d'alerte éventuels eu égard à des problèmes sociaux, psychologiques ou économiques (une mère décédée, une situation de couple paraissant complexe, etc.)

Ainsi voit-on que le repérage des problèmes psychologiques, sociaux ou financiers a fait l'objet d'une certaine formalisation, celle-ci restant cependant partielle. En effet, d'une part, elle n'intéresse qu'une partie de la population des femmes suivies par le dispositif, seulement celles qui suivent les cours de préparation. D'autre part, cet “ outil ” a été conçu par et pour les sages-femmes, pour organiser leur propre fonctionnement entre elles, cette fiche ne semblant pas servir aux autres intervenants.

L'articulation entre les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes de la consultation avancée repose sur différentes modalités :

- l'une, *la feuille de " suivi de grossesse pathologique "* (voir plus haut), est mise en place de façon systématique en cas de surveillance rapprochée de grossesse. Elle fait partie intégrante du dossier obstétrical ;
- une autre, *l'échange par téléphone au coup par coup* permet aux sages-femmes de joindre un médecin de la maternité de Châteauroux à tout moment;
- enfin, *un espace d'ajustement mutuel avant le début de la consultation médicale* s'est mis en place au cours du temps. En effet, lorsque les médecins viennent à Issoudun, un temps d'échange est pris en début de consultation avec les sages-femmes où peuvent être abordés les problèmes qui se posent pour l'une ou l'autre des femmes suivies à la consultation avancée et la conduite à tenir éventuelle en termes d'orientation (PMI, soutien psychologique, centre médico-psychologique) en cas de nécessité. On peut se demander d'ailleurs si le fait qu'une des sages-femmes assiste le médecin (préparation de dossier, ...) ne joue pas un rôle important dans la création de cet espace-temps.

◆ Entre la consultation avancée et la maternité de Châteauroux

Le dossier obstétrical est commun à la consultation avancée et la maternité de Châteauroux. Après la consultation du 8^e mois, celui-ci est transporté par les médecins depuis Issoudun, à la maternité de Châteauroux, afin que le dossier soit sur place au cas où l'accouchement aurait lieu avant la date prévue.

Une photocopie du dossier est conservée sur place au cas où la femme serait amenée à venir en urgence. Pour la visite du 9^e mois ou pour toute autre consultation prévue à l'avance, le dossier fait l'objet d'un aller-retour. Ainsi, avant chaque consultation médicale, les sages-femmes téléphonent à Châteauroux afin de signifier les dossiers qui doivent être emmenés. Lorsque le dossier arrive à manquer au moment de la consultation, le résultat de consultation est noté sur la photocopie du dossier puis, dès que le dossier arrive, sur l'original.

Dans ces allers-retours, éventuellement multiples, les sages-femmes se sont organisées pour veiller à la complétude du dossier obstétrical. En effet, elles le remplissent avant et/ou après la consultation médicale, ou bien au moment d'une de leurs consultations avec les femmes, ou bien encore lorsque le dossier original revient de Châteauroux.

Un autre mécanisme de coordination repose sur l'organisation de réunions à la maternité, qui sont de deux types, les staffs hebdomadaires et les réunions de service.

Les staffs de la maternité de Châteauroux réunissent, le lundi matin, les gynécologues-obstétriciens, la surveillante, la sage-femme de grossesses pathologiques, ainsi que les autres sages-femmes si elles le désirent, y compris celles de consultations

avancées qui en pratique ne participent pas à ces staffs. Y sont discutés notamment les dossiers des femmes hospitalisées pour grossesse à risque (présentées notamment par la sage-femme de grossesses pathologiques), ainsi que les questions relatives au matériel, aux protocoles de soins appliqués dans le service, et aux problèmes d'organisation du service.

Une fois par trimestre et lorsque cela est jugé nécessaire eu égard à un sujet particulier (exemple récent : la mise de place des cours de préparation ; de la sage-femme de grossesses pathologiques) se tient un conseil de service qui réunit l'ensemble du personnel de la maternité (médecins, sages-femmes, aides-soignantes, puéricultrices, infirmières, ...). Les sages-femmes de la consultation avancée sont censées y participer ; cependant, étant rarement prévenues suffisamment à temps, ce que tout le monde admet, il leur arrive souvent de ne pouvoir être en mesure de s'y joindre.

Enfin, comme on l'a vu plus haut, les sages-femmes de la consultation avancée participent aux gardes de la maternité de Châteauroux, pendant une semaine par mois sur 10 mois (un mois 4 jours, l'autre mois 6 jours). Elles réalisent donc des gardes de jour avec une autre sage-femme de l'équipe obstétrico-pédiatrique.

Le fait d'assurer des gardes est un élément de leur activité considéré, tant par les gynécologues obstétriciens que par les sages femmes elles-mêmes, comme quelque chose d'important. En effet, cela permet, dans une certaine mesure, de faire le lien entre la consultation avancée et la maternité. Cela introduit notamment une certaine forme de continuité dans la prise en charge des femmes enceintes suivies à la consultation avancée, par le biais notamment des cours de préparation qui font référence aux modes de fonctionnement de la maternité.

4. LIENS DU DISPOSITIF DE CONSULTATION AVANCÉE AVEC LES ACTEURS " EXTÉRIEURS "

4.1. Les liens avec les services de PMI

Le département de l'Indre fait partie des quelques départements dont le service de PMI n'a pas de poste de sages-femmes. Dès lors, ce dernier ne peut assurer pleinement le rôle qui lui est habituellement reconnu, à savoir une intervention préventive auprès des femmes enceintes présentant un risque, notamment psychologique, ou socio-économique. Cette situation a notamment pour conséquence le fait que n'ayant pas le personnel adéquat, la PMI n'intervient durant la période prénatale pratiquement que sur la base de ce qu'il est convenu d'appeler les " signalements " et non sur la base des déclarations de grossesse pour repérer les femmes à risque éventuel. Seul un âge inférieur à 18 ans constitue un critère systématique d'intervention.

En période prénatale, l'absence de sages-femmes PMI a mené les sages-femmes de consultation avancée à s'impliquer dans les suivis de grossesses pathologiques à domicile, comme cela a été vu plus haut, palliant ainsi le manque de sages-femmes PMI, dont c'est habituellement le rôle. En conséquence, les liens qu'entretiennent les sages-femmes de consultation avancée avec la PMI sont structurés par (ou en prévision de) la période postnatale, les puéricultrices de PMI constituant leur principal interlocuteur. Les relations qui se sont instaurées entre les sages-femmes de consultation avancée et les puéricultrices de PMI paraissent bonnes. Cependant, ni les unes, ni les autres, n'ont ressenti jusqu'à présent la nécessité de mettre en place des moments d'échanges spécifiques. Les ajustements nécessaires " se font au coup par coup ", pour les prises en charge précoces en postnatal.

4.2. Le secteur ambulatoire : ses liens avec la consultation avancée

Le secteur ambulatoire est essentiellement constitué des généralistes installés en libéral sur la zone d'attraction de la consultation avancée ainsi que de la gynécologue-obstétricienne installée dans la ville d'Issoudun et qui, pour des raisons historiques, ne travaille pas avec la consultation avancée. On dénombre au total 23 médecins généralistes sur la zone d'attraction d'Issoudun, dont 15 sur la ville d'Issoudun.

Tableau n°7 :

	Zone d'attraction d'Issoudun		
Cantons	Vatan	Issoudun	Issoudun nord & sud
Nbre de médecins			
Généralistes	4	15	4
Gynécologues		1	

Source : données DASS et consultations avancées

Les médecins généralistes que nous avons rencontrés, qu'ils travaillent ou non avec le dispositif de consultation avancée, suivent des grossesses en nombre assez important, à savoir 10-15 à 20-25 grossesses par an. Ce chiffre doit être considéré avec précaution car il ne peut faire l'objet d'aucune vérification, les données contenues sur la déclaration de grossesse n'étant pas traitées. Il repose par conséquent sur une estimation faite " grosso modo " par chacun des médecins rencontrés.

Ce sont eux qui font, en général, le diagnostic de grossesse, les femmes pensant être enceintes ayant tendance à avoir recours en première intention à leur médecin traitant. Une fois le diagnostic et la déclaration de grossesse faits, les médecins rencontrés proposent aux femmes de les suivre, choix qu'elles ne font pas toujours. Ils organisent

le “ passage de main ” (cours de préparation à la naissance et suivi du 3^e trimestre) en fonction du lieu d'accouchement choisi par la patiente, dans la mesure où ils considèrent qu'il est important pour les femmes de suivre les cours organisés par la maternité où elles vont accoucher, cela afin de se familiariser avec l'environnement de l'accouchement. Ils adressent, alors, en général un courrier à leur confrère spécialiste, ou bien parfois une copie du dossier médical s'ils sont informatisés, tandis que la patiente a pour consigne de conserver les doubles des examens complémentaires (biologiques et échographiques) et de les remettre à l'obstétricien qui se chargera de son suivi jusqu'à l'accouchement.

◆ **Un suivi faisant apparaître les cloisonnements traditionnels entre public/privé, généraliste/spécialiste, secteur ambulatoire/établissement**

Au cours des entretiens, ces cloisonnements traditionnels apparaissent à différents moments, sans que cela soit toujours explicitement évoqué, ni que cela renvoie toujours à des griefs sous-jacents. Ainsi, par exemple, dans l'hypothèse où une femme décide d'être suivie par son médecin traitant, ce dernier, pendant le temps de ce suivi, adressera “ naturellement ” les patientes en secteur privé pour la réalisation de l'ensemble des examens biologiques et échographiques.

Une fois le passage de main réalisé, à la fin du second trimestre environ (après la consultation du 6^e ou du 7^e mois), les prescriptions deviendront “ l'affaire ” de la maternité et des spécialistes gynécologues-obstétriciens. A propos du passage de main, il est éventuellement reproché au secteur public (consultation avancée et maternité) de ne pas faire de retour d'information une fois que la patiente y a été adressée, même après le séjour hospitalier postnatal, voire de capter ensuite la clientèle pédiatrique.

Dans le même ordre d'idée, un médecin nous rapporte que la gynécologue-obstétricienne libérale d'Issoudun ne fait pas partie de ces correspondantes, étant vécue comme un intervenant concurrent, risquant de ne pas ré adresser en retour les patientes qui seraient orientées pour avis diagnostique ou thérapeutique.

◆ **Une perception incomplète de la consultation avancée ?**

L'un des médecins rencontrés semble bien connaître la consultation avancée, son fonctionnement et les différentes activités qui y sont réalisées. Les autres, pour leur part, bien que paraissant au premier abord parfaitement au clair sur ce qu'est la consultation avancée, en ont, en fait, une compréhension quelque peu “ restreinte”. Celle-ci représente, avant tout, la possibilité pour leurs patientes (et pour eux-mêmes) d'avoir accès à un avis spécialisé (gynécologique ou obstétrical) en cas de nécessité.

Faute d'une connaissance réelle de l'organisation de la consultation avancée, certains d'entre eux, adressent les patientes pour lesquelles ils désirent un avis médical ou au

moment du passage de main, non pas directement à la consultation avancée, mais au service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier de Châteauroux qui les orientera ensuite sur Issoudun.

Certains médecins ne semblent pas être au courant des activités, autres que strictement médicales, qui sont menées par les sages-femmes de la consultation avancée. Dès lors la consultation avancée constitue, pour certains seulement, la possibilité pour leurs patientes de suivre des cours de préparation à l'accouchement à proximité de leur lieu de résidence.

Participe probablement à cette méconnaissance, le fait que le dispositif leur paraît fonctionner de façon opaque, dans la mesure où une fois qu'une patiente est adressée à la consultation avancée, les médecins n'ont plus aucune nouvelle jusqu'à ce qu'il reçoivent le compte rendu d'hospitalisation, plusieurs semaines après la sortie de la maternité.

5. CONCLUSION : QU'EN EST-IL DES FILIÈRES A PRIORI DANS LE CADRE DU DISPOSITIF DE CONSULTATION AVANCÉE ?

Le dispositif de consultations avancées du département de l'Indre a été mis en place, au début des années 90, dans un contexte dont les particularités ont en grande partie conditionné, le fonctionnement actuel. Ainsi, l'objectif de départ s'est défini en réponse à un souci tutélaire de rationalisation de l'offre de soins, dont l'aboutissement s'est concrétisé par la fermeture des maternités des centres hospitaliers d'Issoudun et de La Châtre. Il s'est agi alors de maintenir, au niveau local, une offre de soins publique, gynécologique et obstétricale, permettant notamment de continuer à offrir un suivi de grossesse de proximité.

Comme nous l'avons vu à travers son historique et la dynamique de restructuration du dispositif obstétrico-pédiatrique actuellement à l'œuvre au niveau départemental et régional, la mise en œuvre du dispositif s'est plutôt inscrit et continue de s'inscrire dans une logique de structure avec un accent mis sur l'établissement de liens de coopération entre établissements.

Dans ce contexte, le dispositif de consultation avancée, tel qu'il existe actuellement, repose essentiellement, sur l'existence de liens de coopération existant entre les établissements hospitaliers d'Issoudun et de Châteauroux. En particulier, il n'est prévu de mécanismes spécifiques d'articulation ou de coopération avec l'amont et notamment avec les médecins généralistes ou la PMI. Cela est en partie lié à la façon dont le dispositif s'est construit dans la mesure où l'attention s'est principalement portée sur le maintien d'une offre de soins locale sans qu'il ait existé au préalable de réflexion commune avec les différents professionnels du champ sanitaire et social (au niveau de

la zone géographique concernée), sur ce qui serait une “ bonne prise en charge ” de la grossesse.

Du coup, chaque professionnel, à l'endroit où il se situe dans le système de soins, délivre les soins qu'en conscience il estime les meilleurs possibles (en ayant le sentiment de bien faire) aux patients de sa clientèle, sans que son action ne soit supportée par une vision globale et continue de la prise en charge de la grossesse et notamment sans connaissance, *de facto*, de sa propre contribution au processus global de prise en charge.

La question des filières a priori se pose par conséquent en des termes très différents en comparaison à Clamecy. En effet, elles n'ont pas fait l'objet d'une explicitation particulière notamment avec les différents les différents acteurs d'amont et d'aval. Le dispositif apparaît ainsi comme une offre de soins de proximité localisée dans l'enceinte de l'hôpital d'Issoudun, proposant un certain nombre de services (consultations de suivi de grossesse, différents types de cours de préparation à l'accouchement, surveillance de grossesses pathologiques sur place ou à domicile, rééducation périnéale, consultation de planning familial, etc.). Par ailleurs, le dispositif ne se présentant pas comme un dispositif « global » articulant, de façon explicite, suivi de grossesse (par la consultation avancée et/ou les médecins généralistes) et lieu d'accouchement, les différentes prestations qu'il offre ne semblent pas, dans ce qu'il donne à voir de lui, nécessairement articulées les unes avec les autres, et elles ne le sont d'ailleurs pas forcément en pratique.

Ainsi, dans le cas de ce dispositif, il n'apparaît pas possible de définir des filières a priori de suivi de grossesse dans la mesure où il n'existe pas de mécanismes d'orientation qui ferait partie d'un tout cohérent. En particulier, en l'absence de détermination des rôles des uns par rapport aux des autres (ambulatoire/consultation avancée), fondés sur la définition de filières explicites, eu égard aux prises en charge du suivi de grossesse dans la zone géographique d'attraction de la consultation avancée et en l'absence notamment d'une (de) procédure(s) systématique(s) de dépistage des risques médicaux, psychologiques ou sociaux, il s'avère impossible de définir des filières a priori de prise en charge selon des niveaux de risques, ce qui ne veut pas dire que ces derniers ne sont ni pris en compte, ni en charge.

Tout au plus peut-on appréhender les filières en fonction de la façon dont l'espace de choix, concernant les modalités de suivi et de lieux d'accouchement, se présentent aux femmes. Nous verrons d'ailleurs plus loin comment les femmes construisent leurs trajectoires face aux différentes alternatives qui sont à leur disponibilité. Quoi qu'il en soit, les femmes vont pouvoir selon les cas :

- ◆ n'avoir pas du tout recours à la consultation avancée (être suivie ailleurs), tout en accouchant (ou non) à Châteauroux,
- ◆ avoir recours à la consultation avancée de leur propre initiative, ou du fait d'une orientation du médecin généraliste. Dans ce dernier cas, les échographies seront

alors en général effectuées dans le privé et non à l'hôpital compte tenu de l'existence des cloisonnements « naturels » privé/public dont nous avons parlé plus haut. Le moment du passage de main relève de la décision du médecin généraliste, même si l'équipe médicale (sages-femmes et médecins) considèrent que ce passage de main devrait avoir lieu à la fin du sixième mois.

- ◆ être suivies de bout en bout à la consultation avancée avec ou non une participation aux cours de préparation, et dans ce cas accoucher ou non à Châteauroux.

Néanmoins, ces propos doivent être nuancés car dès qu'une femme a recours au dispositif de consultation avancée, en particulier si cela se situe assez tôt dans le processus de prise en charge de la grossesse les sages-femmes de consultation avancée jouent un rôle non négligeable de mise en cohérence des prises en charge, dans l'espace constitué au sein de la consultation avancée d'une part (notamment entre les consultations de suivi de grossesse, les surveillances de grossesse à domicile et les cours de préparation) et entre la consultation avancée et la maternité d'autre part. En effet, leur présence, en se relayant tous les jours de la semaine, confère une forme de continuité physique pour les femmes ayant recours à la consultation avancée. Cette continuité se prolonge à travers les cours de préparation qu'elles assurent à tour de rôle, la visite à la maternité qu'elles organisent une fois par mois et les gardes qu'elles réalisent à la maternité de Châteauroux. D'une certaine façon, en se déplaçant dans les différents lieux composant le dispositif de consultation avancée, les sages-femmes apparaissent un peu comme constituant un lien incontournable entre les différentes composantes du dispositif. Cette continuité de suivi qu'elles génèrent par leur présence reposent également sur certains outils dont elles se sont dotées et dont le dispositif s'est doté. Ils en va ainsi de la fiche individuelle de préparation à la naissance, que les sages-femmes ont mis en place dans un souci de coordination entre elles et de repérage des risques psychologiques, sociaux ou financiers, repérage dans lequel elles se sont impliquées de façon non négligeable en l'absence de sages-femmes PMI sur le département. Il en va également de même du dossier médical commun. Dans ce cas particulier, ce sont encore les sages-femmes qui veillent à sa complétude dans ses allers-retours éventuels entre la consultation avancée et la maternité.

Ainsi voit-on que ce dispositif s'est doté d'un certain nombre de mécanismes de coordination - établissement par les sages-femmes de la fiche individuelle de préparation à la naissance, le temps d'ajustement mutuel entre sages-femmes et médecins avant les consultations et le dossier médical commun - constituant l'ébauche d'une organisation en réseau. Celle-ci reste dans le même temps partielle. En effet, les mécanismes de coordination mis en place au sein du dispositif, ne s'accompagne pas d'un discours « intégrateur » qui serait destiné aux femmes ou, même sans être intégrateur tout du moins spécifique. Ils ne sont dans cette optique pas rendus explicitement visibles aux femmes, et ce n'est pas leur fonction - c'est le cas, par

exemple, de la fiche individuelle de préparation mais également du dossier médical commun - puisqu'ils ont été mis en place pour construire une fluidité de l'information entre les différents professionnels intervenant au sein même de la consultation avancée (sages-femmes et gynécologues obstétriciens venant de Châteauroux) ainsi qu'entre ceux de la consultation avancée (les sages-femmes) et de la maternité.

En conclusion, si nous essayons de synthétiser notre description de manière analogue à ce que nous avons fait pour Clamecy, on remarque que :

- le territoire a un sens relativement différent de celui qu'il a dans le cas de Clamecy : il est pensé en référence à un maillage d'établissements sur un espace régional, et non dans une logique de couverture globale d'une population inscrite dans cet espace
- les objectifs de l'organisation ont été définis de façon institutionnelle au démarrage du projet, ils ne sont pas centraux dans son fonctionnement quotidien actuel et peuvent éventuellement ne pas faire l'objet d'un consensus entre les différents acteurs impliqués ;
- ces objectifs, tels que lisibles dans le fonctionnement de la consultation avancée, correspondent aux objectifs « classiques » de tout établissement ayant une activité en matière obstétricale : proposer une série de services, suivi de grossesse, échographie, cours de préparation, accouchement... dont l'articulation est éventuellement effectuée par les professionnels qui assurent plusieurs de ses services, à savoir les sages-femmes.
- il n'existe pas de modalité de coordination avec les acteurs extérieurs à la consultation avancée, ce qui entraîne qu'il n'y a pas non plus de moyen de reconstituer systématiquement les trajectoires des femmes ;
- les relations, telles que dessinées par le dispositif, avec les bénéficiaires de la consultation avancée sont des relations d'usagers à prestataires de services : le dispositif de consultation avancée est peu lisible en tant que tel pour les usagers.

Chapitre 3

La clinique des Noriets

Dans cette partie, nous allons nous consacrer à l'analyse d'un troisième « dispositif » de soins obstétrico-pédiatriques, une clinique privée, la clinique des Noriets, située à Vitry dans la banlieue parisienne. Parler de dispositif peut sembler abusif dans le cas présent, dans la mesure où nous prenons comme point de départ un établissement et non une organisation définie par l'articulation entre différentes entités, établissements, médecins libéraux, acteurs du secteur social. En choisissant cet établissement, notre souci était double : il s'agissait d'une part d'intégrer dans notre analyse le secteur privé qui représente toujours une part importante des naissances – même si, tout comme dans le cas du public, l'existence d'une grande diversité de situations ne permet pas de faire de l'établissement en question le représentant des autres établissements privés - ; par ailleurs, nous voulions aussi nous donner les moyens d'observer les mécanismes de coordination existant de manière plus informelle hors d'un cadre institutionnel précis, comme celui de Clamecy ou celui d'Issoudun.

La clinique des Noriets⁵ a été fondée dans les années soixante par un couple de médecins, un obstétricien et une pédiatre, qui, habitant sur place, en ont pendant de nombreuses années assuré le service de garde. La présence d'une compétence pédiatrique dans le couple a orienté fortement l'organisation de la clinique : une unité de soins néonataux a été montée dès l'ouverture, avec le souci d'offrir un service de qualité et d'éviter autant que possible la séparation de la mère et de l'enfant. Cette unité a longtemps été autofinancée par la clinique, puisque, bien qu'agrée depuis 1965 pour

⁵ Nous avons changé tous les noms.

l'élevage des enfants nés prématurément, elle n'a bénéficié qu'en 1990 d'un tarif d'hospitalisation autonome. A la fin des années 70, la clinique a été agrandie, là encore en considération d'une analyse portant sur la définition du service proposé : la direction a en effet estimé qu'il devenait nécessaire, pour améliorer la qualité des soins, de disposer d'anesthésistes en permanence sur place. Ce qui ne pouvait se concevoir qu'à partir du moment où la clinique aurait atteint une certaine taille. D'où l'extension qui a amené la clinique à sa taille actuelle, aujourd'hui 114 lits, comprenant 60 lits de maternité (dont 14 pour la surveillance des grossesses à risque), 6 lits de néonatalogie, le reste étant attribué à la chirurgie. La clinique est divisée en deux SARL, l'une pour les murs, l'autre pour l'organisation. Le couple fondateur possède 51% des parts, le reste étant partagé entre quatre médecins-associés.

La clinique compte 21 médecins, 18 exerçant dans le cadre du secteur 1, les trois restants étant en secteur 2 : aucun médecin n'est salarié de la clinique ; ils sont rémunérés à l'acte, et reversent une part de leurs honoraires à la clinique en contrepartie de la mise à disposition des locaux et d'un certain nombre de services. Six de ces médecins sont gynécologues obstétriciens et sont donc concernés par le suivi des femmes enceintes et les accouchements. Le fonctionnement de la clinique a ceci d'original qu'il mêle des traits propres au secteur privé à des traits souvent spécifiques du public. Chaque obstétricien a sa clientèle propre qu'il reçoit dans son cabinet comme il le ferait en ville ; lors des congés, chaque médecin a son remplaçant. En revanche, la surveillance des accouchements est organisée comme dans un hôpital : les gynécologues obstétriciens assurent alternativement chaque jour tous les accouchements en collaboration avec les sages-femmes ; ils pratiquent les césariennes, tous les actes interventionnels par voie basse et les dégagements délicats, les sages-femmes s'occupent des accouchements normaux, les uns et les autres s'entraidant mutuellement. Contrairement à ce qui se passe habituellement dans les cliniques, sauf hasard ou déclenchement, une femme n'accouche pas avec son médecin habituel. Plusieurs questions sont donc posées par ce mode de fonctionnement : comment s'organise le passage entre ces deux logiques, la logique de « cabinet » et la logique d'établissement ? Comment s'effectue la coordination entre les acteurs, entre les médecins eux-mêmes mais aussi avec tout le personnel salarié de la clinique ? Peut-on considérer qu'il existe des filières a priori, qui organisent les pratiques des différents acteurs au delà des différences de statut ou de profession et des contextes de prise en charge (consultation/hospitalisation) ? Si tel est le cas, comment sont-elles rendues opérantes ? Quelle visibilité ont-elles pour les femmes ?

Deuxième caractéristique de la clinique des Noriets, elle se situe dans un environnement relativement peu favorisé du point de vue socio-économique. Nous sommes donc dans une situation qui présente des analogies avec celle de Clamecy. Par ailleurs, une part importante de la population est d'origine étrangère, avec une variété considérable des pays d'origine, des pays d'Afrique Noire, aux pays asiatiques, en passant par le Maghreb, le Moyen-Orient et l'Europe de l'Est. Comment la clinique est-

elle capable de prendre en compte ces situations très diverses ? Existe-t-il des relations avec les différents services sanitaires et sociaux de la ville ou du département ? Plus généralement, comment s'organise la liaison avec les professionnels de la santé, médecins généralistes et spécialistes ? En d'autres termes, comment repérer et caractériser le réseau de proximité dans lequel la clinique s'insère ?

Nous avons dit plus haut que la clinique avait été équipée dès son ouverture d'un service de néonatalogie, aujourd'hui reconnu en tant que tel, ce qui la place dans la catégorie des établissements dits de niveau 2. Elle ne peut donc a priori gérer toutes les pathologies susceptibles de se présenter, mais par ailleurs est en position d'accueillir des femmes présentant des problèmes qu'une maternité de niveau 1 ne peut traiter. De quelle manière est-elle insérée dans l'environnement hospitalier ? Comment l'articulation se fait-elle entre les différents établissements ? Autrement dit, quel est la forme et le mode de fonctionnement du « réseau périnatal » local ?

Deux grands ensembles de questions sont donc posés et qui concernent :

- les modalités de coordination interne à l'établissement dans un contexte mixte privé / public
- la forme et le fonctionnement des réseaux dans lesquels s'insère la clinique : réseau de proximité, réseau périnatal.

Notre présentation sera organisée autour de ces deux points.

1. LES MODALITÉS DE COORDINATION INTERNE

Pour permettre de comprendre comment fonctionne la clinique des Noriets, nous allons retracer la trajectoire « classique » d'une femme au travers de cette organisation. Lorsqu'une femme arrive aux Noriets, elle devient d'abord la cliente d'un médecin : son médecin traitant, une amie, une connaissance lui ont conseillé une personne particulière parmi les six gynécologues obstétriciens de la clinique ; dans le cas contraire, la secrétaire qui gère l'ensemble des consultations va lui fixer un rendez-vous avec le médecin dont l'emploi du temps est le plus compatible avec sa demande telle qu'elle s'exprime en termes de délai et de disponibilité. Notons que les six praticiens de la clinique suivent l'ensemble des situations définies comme relevant de leur profession, c'est-à-dire qu'ils s'occupent aussi bien des problèmes gynécologiques, de contraception et de suivi de grossesse. Une femme enceinte peut donc être déjà patiente d'un des médecins de la clinique, elle peut être suivie par un gynécologue en ville qui l'envoie vers la clinique entre trois et six mois de grossesse généralement, venir de la part d'un généraliste, ou encore s'être dirigée vers la clinique de son propre chef. Dès la première consultation de grossesse, la secrétaire particulière du médecin ouvre un dossier de maternité et le remplit avec elle ; la femme peut faire les analyses biologiques

à la clinique ou à proximité de son domicile. Les échographies seront la plupart du temps réalisées à la clinique, soit avec le médecin qui la suit s'il pratique les échographies, soit avec un autre médecin. Elle peut venir aux cours « théoriques » de préparation à la naissance qui ont lieu le samedi matin et sont dispensés par les médecins de la clinique, obstétriciens, anesthésistes, pédiatre, et les sages-femmes. Elle peut aussi s'inscrire aux cours « pratiques » qu'assurent deux sages-femmes de la clinique, tous les jours de la semaine. Vers sept mois de grossesse, elle devient « cliente » de la clinique, en remplissant un dossier d'inscription pour le séjour en maternité. A cette période, elle a une consultation avec un des anesthésistes afin de préparer une éventuelle péridurale. A l'accouchement, ce sont les sages-femmes de garde qui assurent l'essentiel de la surveillance, avec l'aide du médecin de garde en cas de forceps, ou de césarienne. Pendant son séjour en maternité, elle a affaire aux sages-femmes de suites de couche, aux auxiliaires de puériculture, aux pédiatres de garde, aux obstétriciens de garde. Après son retour à domicile, elle peut suivre les séances de rééducation périnéale avec un kinésithérapeute de la clinique. Elle revient ensuite pour la visite postnatale auprès du médecin qui l'a suivie.

Deux points nous paraissent mériter quelque attention : la clinique des Noriets met à disposition des femmes l'intégralité des services qui sont associés au suivi de grossesse normale ; la trajectoire « idéal typique » que nous avons décrite soit suivie suppose la rencontre d'un nombre considérable d'intervenants. Quels sont les mécanismes qui ont permis justement que nous puissions décrire une telle trajectoire, en dépit du nombre d'intervenants qu'elle met en jeu et dans un environnement dont nous avons souligné la « double logique » ?

Plusieurs aspects nous semblent ici imbriqués : il s'agit d'abord de la manière dont les différents acteurs impliqués s'accordent sur les techniques, au sens large du terme, qui doivent être utilisées en toute généralité ; en second lieu, se pose la question de savoir comment les différents acteurs impliqués peuvent se coordonner afin d'assurer une continuité et une cohérence dans le suivi et d'adapter la prise en charge aux différentes personnes et à leurs problèmes spécifiques ; enfin, on peut s'interroger sur les moyens qui sont mis en œuvre de manière à ce que les femmes suivent plus ou moins les filières considérées comme souhaitables par les professionnels.

1.1. Coordinations techniques

Comment se construit l'accord sur les conduites à tenir dans un contexte marqué par l'alternance entre une logique de « cabinet » et une logique d'établissement ? Comme nous le verrons, plusieurs modalités de coordination sont à l'œuvre : la plupart sont plutôt spécifiques de la clinique, mais quelques-unes sont d'extension générale. Parmi celles-ci, la standardisation toujours plus forte du suivi de grossesse paraît importante : difficile de faire preuve d'imagination en la matière, tout est rigoureusement encadré,

des examens faits en début de grossesse aux trois échographies, en passant par le triple test qui doit être proposé systématiquement...

« Le suivi de la grossesse c'est une des rares spécialités médicales où c'est presque schématique. Ce sont des cases à remplir. Il n'y a plus qu'à cocher la case. Il y a peu de différences dans la manière de faire le suivi. » (entretien médecin)

Aucun des médecins de la clinique ne revendique d'originalité en ce domaine. On pourrait penser qu'après tout, chaque médecin étant roi en son cabinet, la question de l'homogénéité des conduites est peu prégnante : ce n'est pas tout à fait le cas, d'abord parce que, comme nous l'avons mentionné, certains examens, comme l'échographie, ne sont pas faits par l'obstétricien traitant mais par un confrère, et en second lieu, parce qu'au moment de l'accouchement suivi par le personnel de garde, certains éléments du suivi prénatal peuvent être importants.

La conduite de l'accouchement est un domaine dans lequel l'exigence de coordination est a priori plus forte – il n'est pas souhaitable qu'un médecin soit en désaccord profond avec les méthodes suivies par son confrère ou les sages-femmes dans la surveillance de l'accouchement d'une de ses patientes. Elle est aussi plus cruciale car en un court laps de temps, des décisions doivent être prises, des gestes faits qui sont susceptibles d'engager la sécurité de la mère et de l'enfant. Cette coordination est assurée d'abord par l'incorporation longue de certaines pratiques : les médecins comme les sages-femmes sortent des mêmes hôpitaux, ont eu les mêmes professeurs, les mêmes pratiques. Par ailleurs, la grande stabilité du personnel à l'intérieur de la clinique a permis de construire sur le long terme des habitudes de travail communes :

« Parmi les sages-femmes de la clinique, il y en a un bon nombre avec qui je pratique depuis 20 ans. On se connaît bien. C'est très à la mode le consensus mais on n'a pas vraiment besoin de ça, dans la mesure où on connaît les sages-femmes depuis longtemps. Les accoucheurs, on vient tous du même endroit, D. était à Port-Royal. T., quand j'étais chef, faisait fonction d'interne à Saint-Vincent de Paul. Q., la même chose. G. est passé par Saint-Vincent de Paul. C. est passé par Baudelocque. Il a eu le même patron que T. Moi-même, j'étais maître de stage et donc j'ai eu G. comme élève, etc. On vient tous des mêmes hôpitaux. On a eu la même formation. Il y a une sorte de convergence, de consensualité de fond qui existe entre nous. » (entretien médecin)

Sur ce fond commun, il faut cependant d'autres mécanismes pour maintenir, dans la nécessaire dynamique des techniques, une certaine homogénéité. Les discussions communes, formalisées par des réunions tous les mois ou tous les deux mois, sont l'un des mécanismes principaux qui permet de réactualiser les pratiques : dans ces rencontres qui associent médecins, sages-femmes, pédiatres, anesthésistes, les discussions sont organisées soit autour de certains dossiers apparus comme problématiques, soit autour d'un problème, d'une technique, d'un protocole particuliers.

« On établit les protocoles, c'est-à-dire les façons de se comporter par rapport à certaines situations. Tous les jours, il y a un médecin différent. Si chaque jour, on dit à une femme une chose différente... Il y a des choses qui évoluent, des modifications, chacun apporte son expérience personnelle. Parfois, on a des discussions assez vives pendant les réunions. Si on se réunit c'est pour mettre au point une ligne de conduite.

Les derniers thèmes de nos réunions, c'était : les marqueurs sériques, la tenue des dossiers, le SIDA... On a eu aussi une séance sur une nouvelle technique, un nouvel appareil qui mesure la saturation d'oxygène (?). Il y a quelqu'un qui est venu faire la démonstration et ensuite, celles qui ont assisté montrent aux autres. S'il y a de nouvelles conduites à tenir, en fonction de tel ou tel symptôme, il y a un photocopie.

On fait un rapport de réunion à chaque fois, qui est un papier officiel. Il y a toujours des personnes absentes, le rapport est pour elles au moins. Ce sont des protocoles officiellement édictés. » (entretien sage-femme)

Si ces réunions donnent lieu à une formalisation de « protocoles », dans la pratique, ces documents, une fois lus, sont peu consultés ; ils sont rapidement incorporés dans les habitudes de travail collectives au point que certains des acteurs rencontrés considèrent qu'il n'y a pas de protocole écrit. Ce qui doit être mis en regard avec le fait que la configuration de la clinique est une configuration ambiguë : s'agit-il d'un exercice libéral auquel cas, comme le dit l'un des acteurs, « les consignes sont impossibles », ou d'un exercice collectif ? Comme nous l'avons souligné, la clinique a choisi de se situer à l'articulation de ces deux formes de pratiques, ce qui se traduit par une moindre pression des consignes formalisées et une place plus importante laissée à l'incorporation par chacun des acteurs de certaines pratiques. Cette limite apparaît nettement aux yeux des praticiens qui, ayant été formés dans un cadre hospitalier, comparent les deux formes d'exercice :

« Nous avons des réunions mensuelles. C'est très différent de ce que l'on fait à l'hôpital. À l'hôpital, c'est plus un travail d'équipe, tous les matins il y a un staff. Et on regarde les cas et on dit "là, tu as merdé". Dans le privé, ce n'est pas possible d'aller vers quelqu'un et de lui dire... Chacun fait dans son coin : c'est impossible de dire ce genre de choses. Relationnellement, ce n'est pas possible. On s'est choisi : les gens qui sont devenus médecins de la clinique ont été testés par les autres au cours de remplacements par exemple. À partir du moment où on travaille en équipe - ici chacun est responsable de ce qu'il fait - la hiérarchie hospitalière est importante : il y a un patron. Mais on fait la même obstétrique, il n'y a pas de grosses différences entre les personnes : il y a des différences de sensibilité ; quelqu'un sera plus impatient et fera plus vite une césarienne. » (entretien médecin)

« Nous avons une certaine autonomie, c'est aussi pour ça qu'on est venu en exercice privé par rapport à l'hôpital. Ici, il n'y a pas une autorité qui va décider pour tout le monde, ou on a un consensus ou chacun fait ce qu'il veut. Quand on a une patiente

qui a été accouchée par un confrère, on essaye de s'interdire de juger a posteriori. On sait bien tous qu'on peut, à certains moments, être moins frais, à 3 heures du matin, on ne sait pas ce qu'on aurait fait. C'est vrai qu'il y a des femmes qui ne sont pas contentes de ne pas avoir été accouchée par machin. Mais, c'est comme ça, c'est notre fonctionnement. » (entretien médecin)

L'équilibre que maintient la clinique entre les deux modèles de fonctionnement classiques - un modèle libéral dans lequel le médecin est entièrement responsable du suivi de ses patientes, et ne délègue à la sage-femme que la première partie de l'accouchement, et un modèle hospitalier dans lequel prime une organisation hiérarchisée qui suppose la substituabilité des personnels, rendue possible par l'existence de protocoles très formalisés – est un équilibre subtil qui repose en grande partie sur les personnes. C'est parce que les médecins se sont mutuellement et collectivement choisis, c'est parce qu'ils partagent entre eux et avec les sages-femmes les mêmes formations, c'est parce que, pour la plupart, ils travaillent ensemble depuis de longues années que les mécanismes de coordination formels peuvent être plus légers. De fait, la surcharge de travail liée à la fermeture de plusieurs maternités aux alentours a entraîné un espacement des réunions, espacement regretté par certains mais qui ne semble pas remettre en cause à court terme le fonctionnement de la clinique.

A l'instar de ce qui se passe dans la plupart des maternités, on note une coupure entre tout ce qui précède la naissance du bébé et ce qui lui succède. Les pédiatres sont les seules à faire le lien, et encore faudrait-il vérifier que ce ne sont pas deux volets assez séparés de leur activité : de façon significative, les repas, qui sont l'un des moments privilégiés d'échanges entre les personnels, reproduisent la césure entre les deux parties du suivi :

« On a beaucoup plus de rapports avec les pédiatres qu'avec les gynécos. Ils passent très peu en suites de couche. Les pédiatres ont un rôle très important ; elles déjeunent avec l'ensemble du personnel de la maternité et ne déjeunent jamais avec les sages-femmes de la salle de travail ou avec les gynécos. Elles ont de très bons rapports avec nous. Les gynécos sont des hommes et les pédiatres ne sont que des femmes. Nous on aimerait mieux qu'il y ait un homme, la présence d'un homme, ça change un peu. » (entretien maternité)

En maternité, la surveillante a pour mission de coordonner l'ensemble des personnels placés dans son service. La coordination autour des principes qui doivent guider l'activité des différents personnels s'effectue à la fois par le contact quotidien et par la tenue de petites réunions moins institutionnalisées que celles qui réunissent sages-femmes et obstétriciens. Parce que le suivi est moins technique et plus éclaté entre des acteurs aux compétences spécifiques, la nécessité d'une coordination de ce type semble aussi moins prégnante. Cependant, l'attachement d'une pédiatre à l'allaitement maternel a provoqué la tenue d'une réunion générale pour installer une démarche commune et ré instaurer une forme de coordination hiérarchique :

« Chaque pédiatre avait son fonctionnement. Maintenant on a eu cette réunion il y a quelques mois. Il y avait une habitude qui était de donner systématiquement un complément d'eau dextrinée après le sein. C'était pour éviter les hypoglycémies. Tout le monde faisait comme ça. Maintenant, il a été décidé que la décision de donner de l'eau dextrinée relève du pédiatre. Les enfants au biberon et de petit poids avaient un complément systématique, maintenant c'est fini. » (entretien maternité)

1.2. Coordinations au cas par cas

La description d'une trajectoire « typique » de femme enceinte à la clinique des Noriets déploie la multiplicité des intervenants impliqués. Comment, eu égard à ces conditions, assure-t-on une continuité dans la prise en charge des femmes ? De quelle manière peut-on adapter cette prise en charge à la situation particulière de la femme ? La question n'est plus comme précédemment de savoir comment autour de certains actes, des professionnels impliqués dans ces actes peuvent définir des règles communes, mais plutôt comment des professionnels impliqués dans des actes différents mais néanmoins tous nécessaires à la bonne réalisation du suivi peuvent se relayer, s'enchaîner harmonieusement.

Le dossier

Le dossier obstétrical est l'un des instruments privilégiés de cette coordination : toute femme suivie par un gynécologue – obstétricien de la clinique a potentiellement deux dossiers, un dossier gynécologique qui reste entre les mains de son médecin, un dossier obstétrical qui retrace l'ensemble de sa grossesse et qui est stocké dans une pièce particulière rassemblant tous les dossiers obstétricaux de la clinique, quel que soit le médecin traitant, et accessible à toute heure du jour et de la nuit. Nous voyons ici comment le compromis particulier cabinet/ établissement qui décrit le fonctionnement de la clinique se trouve matérialisé dans l'organisation même des dossiers.

Le format des dossiers est unique ; tous les médecins utilisent les dossiers Audipog et renseignent les mêmes rubriques minimales, utiles pour le suivi médical. Certaines secrétaires sont réticentes par rapport à quelques rubriques, comme par exemple le niveau d'études des parents ou la taille du père, dont elles perçoivent l'intérêt statistique, mais qu'elles trouvent « indiscrètes ». En revanche, elles demanderont si la personne est témoin de Jéhovah, la clinique des Noriets étant une des rares cliniques qui acceptent les conditions posées par ce groupe : l'information a alors une traduction médicale précise. L'ouverture du dossier, réalisée par la secrétaire particulière de chaque médecin, est un moment clé dans la mise en place du suivi : c'est à ce moment-là que peut apparaître le fait que la femme n'est pas assurée sociale, ce qui amène à l'orienter vers l'accueil qui va essayer de trouver une solution. Une des secrétaires

utilise le dossier comme aide-mémoire de certaines caractéristiques à prendre en compte dans la relation avec la femme :

« Quand c'est une femme qui vit seule, où il n'y a pas de papa, je fais une grande croix sur toute la partie du dossier qui concerne le père pour que ce soit bien visible, pour ne pas avoir à le redemander la fois d'après, ne pas faire de gaffe. Je fais vraiment très attention. » (entretien secrétaire)

Le dossier est par ailleurs un outil de coordination « technique » : les « cases à cocher » auxquelles le médecin cité plus haut faisait allusion sont les cases du dossier ; par ailleurs, il comporte des pièces obligées comme le partogramme. C'est aussi le document qui va circuler entre la secrétaire et le médecin à chaque consultation, d'où son utilisation comme support de « post-it » qui permet de faire passer des petits messages de l'un à l'autre.

Le bébé, une fois né, a lui aussi son dossier sur lequel chacun note les événements considérés comme importants ; la mère elle-même est mobilisée dans ce suivi puisqu'elle doit y consigner les heures des tétées, la fréquence des selles etc.

Mélange des genres et des fonctions

Au delà de ces outils bien balisés et utilisés, à des variantes près, un peu partout, il existe tout un ensemble de petites procédures qui permettent d'assurer une certaine fluidité dans la trajectoire des femmes : le traitement d'un problème médical peut commencer au moment de la rencontre avec un personnel administratif, de même que – nous avons donné l'exemple d'une femme qui ne serait pas assurée sociale – la gestion d'un problème administratif peut être amorcée par un personnel médical.

Les rendez-vous en consultation sont pris par une secrétaire qui gère l'ensemble des agendas des différents médecins : lorsqu'une femme appelle et souhaite un rendez-vous en urgence, la secrétaire n'hésite pas à lui demander de préciser la raison de son appel, de manière à adapter sa réponse au cas par cas ; elle pourra lui conseiller de venir consulter le médecin de garde, ou lui proposer, au risque d'une attente un peu longue, de s'immiscer entre deux rendez-vous de son médecin habituel ou encore, lui proposer un rendez-vous classique. En cas d'incertitude, elle peut aussi demander que la secrétaire du médecin ou le médecin lui-même donnent leur avis. De même, la secrétaire de consultation oriente les femmes qui arrivent de manière inopinée en fonction de la raison de leur venue : rupture de la poche des eaux, contractions ou autres... C'est parce qu'il y a une certaine capacité reconnue à cette secrétaire d'empiéter légèrement sur le médical qu'il est possible d'assurer une orientation plus efficace des femmes.

De la même manière, l'infirmière puéricultrice qui s'occupe du service de néonatalogie peut prendre l'initiative d'appeler l'étage de la maternité pour comprendre pourquoi une mère ne descend pas voir son enfant :

« Dans l'ensemble il n'y a pas de gros problèmes d'attachement, en surface du moins. Si on avait une psychologue, peut-être qu'elle trouverait d'autres choses. S'il y a une maman qui ne descend pas, ça nous alerte. En fait, il y a plein de critères, par exemple ça dépend de l'ethnie. Une asiatique, elle descend peu. Dans la culture, c'est la grand-mère qui s'occupe du bébé pendant 40 jours. Sinon, ce peut être que la maman a peur. D'autres parce qu'elles ont une grosse épiso, elles sont centrées sur leur douleur. On a le téléphone facile. On téléphone à l'étage pour demander pourquoi une maman ne descend pas, pour savoir ce qu'il y a, s'il y a un problème de santé, si la maman est particulièrement fatiguée. » (entretien néonatalogie)

Le travail de cette infirmière est en principe centrée sur la surveillance et les soins à donner au prématuré ou à l'enfant qui présente un problème, mais elle peut, sans prétendre à une compétence professionnelle sur la question, se mettre en alerte et mettre d'autres acteurs en alerte si elle constate un désintérêt inexplicable de la mère à l'égard de son enfant.

Ces interventions qui supposent donc une forme de « débordement » par rapport aux compétences professionnelles strictes sont sans doute facilitées par les relations de confiance qui se sont nouées en raison de l'ancienneté d'une partie du personnel et de la légitimité que leur procure cette ancienneté.

Il y a aussi tout un ensemble de situations qui autorisent ou même provoquent le déplacement physique du personnel à l'intérieur de l'établissement, ce qui permet d'autres formes d'échanges. Nous avons mentionné plus haut les repas qui reproduisent d'ailleurs la séparation existant entre l'avant et l'après naissance. Comme le dit une secrétaire : « les difficultés sont connues parce qu'il y a beaucoup d'informations qui circulent au niveau du réfectoire ». Ceci étant, l'organisation même des services fournit de nombreuses autres occasions d'échanges, sans que cette organisation n'apparaisse d'ailleurs explicitement « formatée » en fonction de cet objectif : en effet, de nombreuses personnes occupent une double fonction à l'intérieur de la clinique.

Les personnes qui se trouvent à l'accueil de la clinique et gèrent les formalités d'inscription à la clinique, s'occupent par roulement du « tiers-payant », c'est-à-dire de la facturation et des relations avec les caisses d'assurance maladie. De par leur position à l'accueil, elles sont chargées d'expliquer le fonctionnement administratif de la clinique :

« Je leur dis qu'on est conventionné, et je leur dis ce qu'elles auront à payer, ce qu'elles auront à faire payer à la sécurité sociale, à la mutuelle, les démarches à faire, pour les congés de maternité, les allocs, les aides familiales. Il y a des personnes qui pensent qu'elles auront tout à payer: en fait, elles n'ont rien à payer en ce qui concerne l'accouchement. Elles auront le ticket modérateur pour un examen après la naissance. Celles qui n'ont pas de Sécu: en consultation, la secrétaire sait qu'elle a pas de Sécu, elles nous l'adresse pour qu'elle verse des acomptes; ça fait énorme. Un accouchement, c'est autour de 8000F. On fait des

facilités de paiement. Lorsqu'il y a des relances, c'est nous qui les recouvrons et qui les faisons payer. Il y a aussi des personnes qui n'ont pas fait l'ouverture de droits, on peut faire l'ouverture des droits nous-mêmes dans un certain nombre de cas, sinon on les envoie vers les assistantes sociales, pour faire une demande d'aide médicale gratuite. » (entretien accueil)

Cette double casquette leur permet d'être « intéressées » à la compréhension par les futurs parents des informations qu'elles dispensent, et dans l'autre sens à la compréhension de la situation précise dans laquelle se trouvent les futurs parents : la facilité d'exécution, leur efficacité dans leurs autres fonctions en dépendent, de même que leur capacité à expliquer correctement les rouages administratifs se forme dans l'expérience qu'elles font quotidiennement des services de sécurité sociale.

Les secrétaires particulières des médecins ont aussi des compétences « médicales » : à chaque consultation, elles s'occupent de tous les petits gestes techniques qui font partie du suivi standard de la grossesse, analyse d'urine, prise de tension, pesée etc. Par ailleurs, elles font aussi fonction d'aide opératoire et assistent le médecin dont elles dépendent entre autres lors des césariennes :

« Moi, ça fait 14 ans que je suis secrétaire. Au départ, c'était un fonctionnement un peu différent puisqu'on était un pool de secrétaires. Ça a changé un an après mon arrivée. (...) C'est sûr que c'est un avantage pour la maman d'être sûre d'avoir toujours sur place un médecin plutôt que simplement un interne. Du coup avec ce fonctionnement, on nous a imposé les aides opératoires, c'est-à-dire que dans les interventions, j'assiste le médecin et on a été formées en conséquence. [Auparavant, la clinique était un terrain de stage pour les internes travaillant sous la direction des Professeurs Sureau et Henrion, ces internes pratiquaient les aides opératoires des obstétriciens de garde NDLR] Depuis cette époque, chacune a son chacun, c'est-à-dire que chacune des secrétaires a son médecin pour lequel elle travaille. On travaille toujours avec le même médecin pour l'aide opératoire, on est en quelque sorte instrumentiste et chaque médecin a formé son instrumentiste. Il y a une loi qui permet ce genre de chose. Nous sommes 4 000 en France dans cette situation. Il y a quelques années, les infirmières ont dit qu'elles n'étaient pas d'accord avec cette situation puisqu'elles étaient, en quelque sorte, en concurrence avec des personnes qui avaient fait une formation un peu sur le tas, alors qu'elles-mêmes font 3 ans d'étude, plus un an de formation pratique, et je les comprends. Elles n'étaient pas tellement d'accord avec le fait que nous puissions exercer cette profession. En fait, on n'a plus le droit de faire ça sauf dans le cas des gynécologues qui exercent dans une maternité, et encore, il faut que les aides opératoires soient directement employées par le médecin et non par la maternité. Donc, chaque secrétaire est salariée de chaque médecin.

Est-ce que ça vous a posé un problème d'avoir à être aide opératoire ?

Non, pas du tout. Si j'ai voulu être secrétaire médicale, c'était vraiment pour être dans ce milieu. Au départ, le docteur m'avait dit : si jamais vous ne voulez pas faire de l'aide opératoire, je prendrais quelqu'un en plus pour faire cela, mais en fait ça m'a tout de suite plu. Je trouve que c'est vraiment très intéressant toutes ces questions d'asepsie, et on a quand même eu une formation assez approfondie. Je considère que c'est un avantage du métier. » (entretien secrétaire)

Au lieu d'être strictement cantonnées à leur rôle administratif, les secrétaires sont donc de plain-pied dans le médical ; elles forment avec leur médecin un véritable couple professionnel, puisqu'elles partagent leurs gardes. Du coup, elles ont aussi affaire de manière plus directe à l'environnement des salles de naissance, aux sages-femmes etc. et peuvent prolonger d'une autre manière la relation nouée, lors du suivi de grossesse, avec une patiente lorsque celle-ci doit subir une césarienne, une amniocentèse... Certaines vont même rendre une petite visite aux femmes à la césarienne desquelles elles ont participé. Si l'on se place du point de vue de la femme, cette organisation contribue dans un certain nombre de cas à renforcer la continuité du suivi.

En raison de ces compétences en matière d'asepsie, le service de néonatalogie est chargé de la préparation des biberons et de toutes les solutions médicamenteuses, ce qui donne lieu tous les jours à des échanges avec les étages de la maternité.

Deux sages-femmes, parmi les plus anciennes de la maternité, assurent des gardes en salle de naissance, animent les cours de préparation et font du suivi à domicile pour des grossesses pathologiques. A l'inverse :

« Pendant 10 ans, les sages-femmes de salle étaient toutes des anciennes, elles étaient toutes là depuis que la clinique existe ou du moins depuis longtemps. Maintenant que l'activité augmente, il a fallu embaucher deux nouvelles sages-femmes en suite de couches, qui se sont immiscées dans le groupe en bas et qui doublent sur des périodes de 12h. Maintenant, c'est organisé de la façon suivante: il y a une qui ne fait que du bloc pendant un ou deux mois, elles changent tous les deux mois. Le relationnel n'est pas trop développé, en salle de travail, elles ne savaient pas ce qu'on faisait. ça change, il a plus d'échanges entre nous. Le matin, souvent on a un coup de fil pour nous prévenir de ce qui arrive, les échanges sont plus fréquents qu'auparavant. Avant les sages-femmes de suites, elles ne tournaient pas avec celles de la salle de travail, c'est nouveau, avec les deux jeunes. » (entretien maternité)

Par l'intermédiaire des personnes et de leur circulation à l'intérieur de l'établissement, des liens sont établis dont on constate sur un certain nombre de cas qu'ils influent sur la coordination entre les services. Que cet effet soit ou non explicitement recherché, l'on observe l'extension du « modèle » de coordination que nous avons décrit sur le cas de la coordination technique, à savoir une formalisation relativement faible des relations et des procédures, et un appui fort sur la familiarité que crée le travail en commun et qui passe par les relations interpersonnelles.

La spécialisation

De façon à première vue paradoxale, la spécialisation des médecins vient renforcer ce maillage interne, alors même qu'elle pourrait apparaître comme la mise en œuvre d'une stratégie individuelle permettant de créer des différences, voire même des avantages concurrentiels entre les médecins :

« On a des créneaux, chacun sa spécialité. Moi c'est plutôt certaines formes de chirurgie gynécologique. T., c'est la FIV, Q. le diagnostic anténatal, B. et D. l'échographie, G. un peu comme moi. » (entretien médecin)

Cette spécialisation permet de fait à la clinique de resserrer les liens entre les différents professionnels tout en maintenant un haut niveau de compétence, de manière à offrir en interne une qualité et une complétude des services. Dès lors, les médecins acceptent que leurs collègues aux compétences plus pointues fassent les échographies de leurs patientes, ils s'adresseront en priorité au spécialiste de diagnostic prénatal en cas de suspicion d'un problème de cet ordre etc. Ce qui n'implique pas par ailleurs que les médecins s'accordent sur tout, ni que la vie quotidienne soit dépourvue de toute tension ; simplement, dans l'intérêt bien compris des patientes, de l'établissement et dans leur propre intérêt, ils sont incités à utiliser les compétences disponibles sur place.

Les formes de coordination entre les professionnels sont donc multiples et variées dans leur contenu : elles permettent de comprendre comment une certaine forme de continuité peut s'instaurer dans le suivi des femmes malgré la multiplicité des intervenants potentiellement impliqués et les différences de statut existant entre eux... à la condition toutefois que les femmes puissent ou acceptent de couler leur trajectoire dans le moule qui leur est proposé. Quels sont donc les mécanismes par lesquels elles se trouvent orientées, de quelle manière appréhendent-elles les différentes étapes de ce suivi ?

1.3. Les modalités de coordination avec les parents

De façon similaire à ce qui se passe généralement dans le secteur privé, le médecin ou plus exactement le couple médecin-secrétaire se trouve être le point d'appui principal à partir duquel les parents vont établir des relations avec d'autres acteurs de la clinique. Pendant les premiers mois de grossesse, il est le seul interlocuteur de la femme. C'est lui ou sa secrétaire qui précise le calendrier, espace de temps entre les consultations, termes à respecter pour les échographies et les autres formes de diagnostic prénatal, période conseillée pour effectuer la pré inscription en maternité, pour suivre les cours de préparation collectifs, pour s'inscrire aux cours de préparation pratiques, consultation avec l'anesthésiste etc.

Ceci étant, l'efficacité de ces prescriptions repose sur un mécanisme de « chaînage » des interventions et de coordination assuré par le secrétariat de la consultation qui est

commun à l'ensemble des cabinets des médecins. Ce secrétariat occupe physiquement une position centrale dans l'espace dévolu aux cabinets des médecins et aux salles d'attente : la plupart des femmes sortant de consultations passent à proximité immédiate de ce guichet. Elles sont incitées par le médecin à prendre dès ce moment leurs prochains rendez-vous, ce qui leur est rendu facile par fait que la secrétaire de consultation gère les agendas des obstétriciens, des consultations échographiques, des consultations d'anesthésiste, ainsi que le planning des cours de préparation : elle essaie autant que possible de grouper les rendez-vous tout en respectant les délais prescrits. Par ailleurs, le laboratoire accueille les femmes sans rendez-vous afin de faire des prélèvements sanguins. Tout est donc organisé de manière à laisser peu de place à l'initiative personnelle, la secrétaire de consultation n'hésitant pas à poser des questions si elle suppose que la femme a oublié de prendre un des rendez-vous prescrits. Dans un autre domaine, la kinésithérapeute de la clinique passe une fois par semaine dans les chambres de la maternité, afin d'expliquer ce qu'est la gymnastique du post-partum ; une réunion d'information est aussi organisée avec la même périodicité. Les femmes sont ainsi averties à la fois de l'intérêt de la rééducation et de la possibilité qui leur est laissée d'avoir recours aux services de la clinique pour ce type de prestations.

Nous avons mentionné le fait que la clientèle de la clinique des Noriets comporte une part importante d'étrangers : comment dans ces conditions, la bonne compréhension des prescriptions du médecin est-elle assurée ? Sur ce plan, l'on assiste à un double mouvement d'ajustement, une grande part d'initiative revenant aux futurs parents qui se font accompagner, dans le cas où leur connaissance du français est limitée, par des membres de leur famille ou de leur entourage susceptibles de faire la traduction entre eux et les interlocuteurs de la clinique. A l'autre bout, le personnel de la clinique compte aussi un certain nombre de personnes originaires de pays étrangers : ainsi une personne parle sept langues asiatiques, une autre pourra faciliter les échanges en arabe etc. Les médecins font aussi un travail d'ajustement à leur clientèle laquelle est d'ailleurs différente selon que le médecin exerce en secteur 1, comme celui que nous citons plus bas, ou en secteur 2 :

« Dans la façon dont je pratique, j'essaie d'avoir une attitude qui est adaptée à la personne que j'ai en face. J'essaie de ne pas avoir de comportement stéréotypé. Quand une Asiatique vient avec son mari ne comprend rien, une Maghrébine vient avec son gamin aîné qui ne comprend pas grand chose, et le gamin comprend davantage, entre une Française pure souche, enseignante ou une Française agent de surface ou caissière chez Métro, une Africaine du Sahel, ce sont des choses complètement différentes. Quand j'étais à l'hôpital, j'ai d'ailleurs été très tôt choqué quand je voyais sur certains dossiers que la sage-femme mettait simplement : ne comprend pas du tout le français. En fait, rares sont les gens avec qui il n'y a pas du tout moyen d'échanger, avec des mimiques, des mots, des gestes, on arrive quand même plus ou moins à se comprendre. On essaie de s'en donner la possibilité. J'explique peut-être plutôt au fur et à mesure. Si on explique trop de choses au

début, les gens saturent. Je n'ai pas un comportement réglementaire. Je ne procède pas en remettant un formulaire explicatif en 5 langues dès le début de la grossesse. »(entretien médecin)

En raison à la fois de caractère très serré de l'organisation qui ne « lâche » pas les femmes et du fait qu'un certain nombre d'entre elles ne comprennent pas bien le français, l'on comprend que les supports écrits semblent jouer un rôle annexe : nous avons, lors des entretiens avec les secrétaires de consultation, récupéré différents documents mais cela s'est fait en ordre dispersé sans que l'on puisse constater une homogénéité dans les pratiques et la liste des documents proposés. Dans un contexte où tout est organisé pour que les articulations entre les différents actes soient gérées au fur et à mesure et de façon quasi-immédiate, le document écrit perd de sa pertinence. Seuls les cours « théoriques » du samedi matin, qui sont gratuits et ne supposent pas d'inscription, peuvent échapper à cet encadrement, mais l'on remarque qu'ils sont signalés en de nombreux endroits dans la clinique, qu'un panneau en précise le planning dans la salle d'attente, et qu'un document écrit peut être remis qui en reprend le programme. Bien que cela n'apparaisse pas de manière aussi formalisée que dans le cas du réseau de Clamecy, il semble bien qu'existe de fait une vision partagée de ce que doit être un suivi de grossesse et de ses différentes étapes, cette vision partagée facilitant par ailleurs la coordination entre les différents acteurs et en particulier avec le secrétariat de consultation qui joue de ce point de vue un rôle crucial : plus encore, les différents acteurs s'accordent sur le fait qu'une instance, la clinique, doit proposer un ensemble de services qui permettent de réaliser ce programme et doit se donner les moyens de construire les articulations entre ces différents services.

Ceci étant, des différences existent dans la manière de gérer les interactions avec les patientes et, en particulier, dans le partage des tâches qui s'opère entre la secrétaire et le médecin. Un médecin par exemple décrit les principales étapes en début de grossesse, puis charge sa secrétaire de faire les rappels nécessaires au fur et à mesure qu'ils sont utiles. Un autre médecin prend entièrement en charge le calendrier, et, en fonction de ses prescriptions, la femme se rend directement auprès du secrétariat de consultation pour prendre rendez-vous. En règle générale, les secrétaires se sont vues confier la gestion des marqueurs sériques, cette prise de sang qui permet de situer le niveau de risque pour une femme et une grossesse donnée que l'enfant soit porteur d'une trisomie 21. Mais la manière dont elles vont le faire dépend du « style » général que se donne le tandem médecin-secrétaire. Dans un cas par exemple la secrétaire conçoit son rôle comme un rôle d'allègement du médecin de tout ce qui est un peu systématique ; elle tient donc un langage stéréotypé, qui, à dessein, tient peu compte des différences entre les patientes et laisse l'initiative de la relation personnelle au médecin :

« Je parle très vite. Je parle comme un enregistrement : je leur dis « je répète ou vous avez tout compris ? » pour les étrangères, je ralentis le débit. Elles disent plus de choses au médecin. Moi, ça se résume à : « Quelle est la raison de votre venue ?

frottis, renouvellement pilule, autre raisons ? ». Pour l'ouverture de dossier, je passe 5mn par dossier de maternité. » (entretien secrétaire)

A l'inverse, une autre secrétaire va chercher à personnaliser sa relation à la patiente ; elle s'inscrit d'ailleurs dans une certaine forme de continuité par rapport à la manière dont « son » médecin travaille puisqu'il a tendance à « sélectionner » les femmes à problèmes, psychologiques en particulier.

« On mâche tout au médecin, on leur prépare le travail. Il y a aussi des petites choses que les patientes nous disent à nous plutôt qu'au médecin. Notre tâche, c'est aussi d'essayer de personnaliser la relation. Sinon, avec le monde qu'il y a et la rapidité des consultations, la personne se sent un peu anonyme, elle a l'impression que c'est : déshabillez-vous, rhabillez-vous, dossier suivant. (...) On essaye vraiment de cerner la petite maman, dans quel contexte elle vit, comment ça se passe. On lui explique un peu l'accueil, on lui dit : ça se passe comme ça. Chaque médecin a sa façon de faire et c'est la même chose pour les secrétaires. Chaque secrétaire est un peu particulière. Moi, personnellement, j'aime bien le contact avec les gens. Je parle beaucoup mais il ne faut pas croire, j'écoute aussi beaucoup. Il faut mettre les gens en confiance et pour les mettre en confiance, il faut leur expliquer comment fonctionne la maternité. Moi, je donne toujours mon prénom aux femmes pour qu'elles puissent me repérer, pour qu'elles sachent qui appeler. (...) Les gens en général me tutoient. Beaucoup de gens me tutoient. Moi, pour personnaliser cette relation, j'apprends à les reconnaître à l'oreille, c'est-à-dire quand je réponds au téléphone, pouvoir reconnaître les femmes, etc. ou dans la salle d'attente, essayer de repérer les gens ici. J'ai une bonne mémoire visuelle et je retiens bien les noms aussi, ça ne me pose pas de problème. C'est vrai que les patientes sont très sensibles au fait qu'on les reconnaisse, qu'on personnalise un petit peu la relation. Par exemple, quand je vais les chercher, je ne viens pas avec ma liste, je n'ai pas besoin d'une liste en disant : maintenant, c'est Madame Untel et d'attendre que quelqu'un se lève. Je les appelle directement, je repère quelle personne c'est. Les femmes ont besoin de pouvoir se reposer sur quelque chose pendant qu'elles sont enceintes.

Quelles sont les différences que vous avez pu observer entre les dossiers tenus par différents médecins au moment de vos gardes ?

Oui, il y a des différences qui tiennent au fait que les rapports avec la maman sont eux-mêmes différents. C'est vrai que je vois que, moi, je note plus. Il me faut un quart d'heure pour faire l'ouverture du dossier. » (entretien secrétaire)

Dans le premier cas, les informations qui circulent entre la secrétaire et le médecin vont être plus « techniques », alors que, dans le second, elles touchent à l'ensemble des aspects considérés ici comme importants, des paramètres médicaux aux autres difficultés que peut rencontrer la femme.

1.4. Nature et limites du compromis

Nous l'apercevons sur la manière dont les deux secrétaires décrivent leur travail et son articulation à celui du médecin, les médecins ont des façons différentes d'envisager leur rôle et surtout la place que tient la relation nouée avec les patientes. Du coup, se repose d'une autre manière la question de l'articulation particulière, réalisée par la clinique des Noriets, entre « logique de cabinet » et « logique d'établissement ». Un des points cruciaux dans cette optique est de savoir comment s'effectue la transition, inhabituelle, dans un établissement privé entre le médecin traitant et le médecin ou la sage-femme de garde. Autrement dit, la question est de savoir comment l'on passe d'un régime de relations qui peut incorporer une part plus ou moins importante de personnalisation à un régime marqué par la substituabilité des professionnels.

Il existe quelques mécanismes qui permettent de sortir les professionnels de l'anonymat pour les femmes : les cours théoriques du samedi matin sont assurés à chaque fois par un obstétricien différent, assisté le cas échéant d'une sage-femme, d'un anesthésiste ou d'un pédiatre, ce qui permet aux femmes de faire connaissance avec une proportion non négligeable du personnel de la clinique. Certaines secrétaires utilisent cet argument pour conseiller aux femmes de venir à ces cours :

*« Pour les cours, je dis que ça existe mais je n'en fais pas plus parce que quand c'est non, c'est non, ce n'est pas la peine d'insister. J'explique qu'il y a des cours théoriques qui sont gratuits, qui sont faits par les médecins et indépendamment du contenu du cours, c'est intéressant parce que c'est un moment où elles peuvent voir les médecins, la façon dont ils parlent, où elles font connaissance avec eux. »
(entretien secrétaire)*

De la même manière, les cours « pratiques » sont aussi l'occasion de rencontrer les deux sages-femmes qui s'en occupent et qui font par ailleurs des accouchements ; mais peut-être en raison du fait qu'elles ne représentent qu'un cinquième des sages-femmes assurant le roulement en salle de travail, elles cherchent plutôt à désamorcer l'effet de personnalisation que pourrait créer la relation nouée lors des cours et à maintenir présente la logique d'établissement qui préside à l'organisation des salles d'accouchement :

*« Le contenu de la préparation n'est pas fait pour faire un lien, ce n'est pas un transfert d'affectivité. Je ne suis pas là pour elles spécialement, même si c'est moi qui suis là à l'accouchement. Dernièrement, une semaine, il y avait quatre femmes en salle qui étaient toutes au cours avec moi. Pas le même groupe. J'en ai accouché que deux. Elles sont contentes, elles préfèrent quelqu'un qu'elles connaissent. »
(entretien sage-femme)*

Malgré ces articulations possibles qui permettent de ménager une transition entre ces deux régimes de relations, les médecins disent être confrontés parfois à une demande forte de la part des femmes qui souhaitent que leur médecin soit présent au moment de

leur accouchement. Le déclenchement est alors la solution technique qui permet de réaliser le compromis entre les aspirations de la patiente et les règles du jeu qui président au fonctionnement de la clinique :

« Dans d'autres établissements, en définitive, les femmes sont assurées d'accoucher avec leurs médecins, mais c'est au prix de dépassement d'honoraires. Moi, je pratique plutôt les déclenchements, et je ne peux pas assurer une permanence à n'importe quel moment » (entretien médecin)

Si cette pratique semble relativement répandue parmi les médecins, et conduit à un pourcentage d'environ 15% de déclenchements pour raisons de convenance, il existe des tensions sur la manière dont les uns et les autres gèrent ce passage : certains considèrent que leurs collègues en font trop dans la personnalisation de la relation, ce qui rend difficile ensuite une prise en charge collective, à l'inverse, d'autres regrettent qu'il y ait une sorte d'interdit sur le maintien d'une relation personnelle avec la femme :

« C'est sûr qu'il y a des différences de personnalité dans la façon de prendre en charge, même dans l'attitude par rapport à la clientèle. Il y a des gens ici qui sont très clientélistes. Quand les patientes de ces médecins arrivent, elles demandent tout de suite qui est de garde. Si ce n'est pas le médecin qui les a suivies, c'est la catastrophe. Moi, je considère que ce n'est pas tellement de la faute de ces femmes, c'est le médecin qui a induit cette attitude, qui leur a donné l'impression que s'il n'était pas là, pour prendre en charge leur accouchement, ça n'irait pas. C'est seulement de ce côté-là que je trouve qu'il y a un certain nombre d'inconvénients liés au travail en équipe. Tout le monde n'a pas la même attitude et ça nuit au fonctionnement en équipe. » (entretien médecin)

« . En fait, moi je voudrais qu'on m'appelle pour les accouchements et surtout pour les accouchements normaux. Je ferais volontiers l'effort d'être là. Quand on est en consultation, c'est sûr qu'on peut partir 15 minutes entre deux consultations. Je demande que l'accoucheur, qui est là, me prévienne mais c'est vrai que parfois ils ne le prennent pas très bien. Il y a certaines femmes qui voudraient que je transgresse un peu cette règle de la garde. Il y a des femmes que j'aime bien et j'aurais envie de surveiller leurs accouchements. Pendant un moment, j'ai essayé de le faire mais ça a généré des problèmes de fonctionnement multiples. Il y a une différence assez nette entre le fonctionnement à l'hôpital et le fonctionnement à la clinique. À l'hôpital, il n'y a que des problèmes de pouvoir et les conflits n'ont pas de fondement économiques. Alors qu'à la clinique, l'aspect économique est assez important. (...) Les patientes que j'hospitalise avant l'accouchement, j'essaie de les voir. Pour mes patientes, c'est moi qui décide de leurs sorties. Là, je garde la personnalisation. J'essaie de voir, de toute façon, mes patientes qui sont dans la clinique une à deux fois. Les médecins qui ne font pas cela, nous reprochent de ne pas travailler en collaboration. Ils considèrent que c'est le médecin de garde qui doit régler tous les problèmes. Les patientes ont parfois du mal à comprendre, quand elles ont un

problème, que leurs médecins ne s'intéressent pas à elles et les laissent complètement tomber. » (entretien médecin)

Le maintien du mode de fonctionnement propre aux Noriets suppose donc une certaine dose de volontarisme et représente un état d'équilibre entre des tendances contradictoires : la volonté de suivre entièrement les femmes, le confort qu'apporte le système des gardes et la qualité du service proposé - continuité de service, optimisation des compétences grâce à la spécialisation. Il est lié aussi à l'existence de toute la panoplie des mécanismes que nous avons détaillée plus haut ; de ce point de vue, diverses évolutions sont susceptibles de menacer l'équilibre obtenu. Tout d'abord, les différents professionnels font état d'une surcharge de travail qui serait due à la fermeture d'un certain nombre d'établissements à proximité et à l'augmentation des tâches à caractère administratif (dossiers, statistiques etc.) ; l'espacement des moments de rencontre collective, comme les réunions médecins/ sages-femmes, est attribué à cette surcharge. Par ailleurs, le nécessaire renouvellement du personnel, voire son renforcement pour faire face à l'augmentation d'activité, introduit potentiellement des ruptures dans une mécanique bien huilée qui repose sur l'incorporation de certaines routines et la connaissance fine des façons dont les autres travaillent.

2. LES FORMES DE COORDINATION AVEC L'EXTÉRIEUR

Comme nous l'avons indiqué, la clinique des Noriets est engagée dans deux types de réseaux, si nous reprenons ici la terminologie qui a cours sur l'organisation des systèmes de soins, un réseau de proximité constitué par les relations entretenues avec les médecins de ville environnants et les services sociaux, et un réseau périnatal qui est plutôt un réseau d'établissements et qui prend sens essentiellement en cas de transfert d'une femme ou d'un enfant vers un autre structure hospitalière.

2.1. Les relations avec le réseau de proximité

La manière dont les relations se développent, à partir de la clinique des Noriets, vers l'extérieur dépend de l'endroit où l'on se positionne dans la clinique. Les médecins entretiennent pour l'essentiel des relations épistolaires avec leur environnement qui est avant tout défini par le réseau des confrères, généralistes ou gynécologues, qui leur envoient des patientes. La procédure est ici très rodée: dès que la femme arrive avec une lettre de recommandation de son médecin, la secrétaire envoie une réponse afin de confirmer que le « transfert » a bien eu lieu ; le médecin est ensuite prévenu de la suite des événements, naissance du bébé, difficultés éventuelles. Lorsque, pour une raison ou une autre, une femme nécessite un suivi à domicile, deux stratégies différentes sont utilisées. Les médecins qui ont tendance à mettre l'emphasis sur le caractère personnel

des relations avec leurs patientes vont, lorsque l'éloignement n'est pas trop important, faire appel à une des deux sages-femmes de la maternité qui cumulent un statut de salariée à temps partiel de la clinique avec des activités en libéral (cours de préparation) : il s'agit ici pour le médecin de prolonger, par l'intermédiaire d'une personne qu'il connaît et en qui il a pleine confiance, la relation établie avec la patiente. Les autres médecins font appel aux sages-femmes de PMI pour accomplir cette mission : en pratique, il ne semble pas que ce soit eux qui joignent directement la PMI, mais plutôt les secrétaires qui gèrent l'ensemble de la procédure.

Si l'on se place maintenant dans la maternité, les relations avec l'extérieur sont plus directes : si un enfant a eu un problème qui par exemple a nécessité son hospitalisation en néonatalogie, le médecin traitant sera prévenu par un appel téléphonique, ou, s'il n'y a pas de médecin traitant, la femme sera orientée autant que possible vers la PMI.

Mais en règle générale, il semble que l'initiative des relations entre la clinique et la PMI relève plutôt de cette dernière : la PMI a en effet mis en place au fil des ans un certain nombre de procédures qui permettent d'étendre son réseau jusque dans les maternités : toutes les semaines, une puéricultrice se rend à la clinique et relève les noms des femmes qui peuvent avoir besoin d'un suivi plus rapproché, d'une aide particulière ; c'est l'occasion d'une discussion avec le personnel de la maternité qui peut signaler les problèmes. Elle effectue ce travail non seulement pour les femmes relevant de son secteur, mais aussi pour ses collègues des autres secteurs et leur transmet l'information. A l'inverse, les services de la PMI (sage-femme, puéricultrice, gynécologue) préviennent la clinique lorsqu'une femme qui nécessite à leurs yeux une attention particulière a prévu d'accoucher aux Noriets, ou demandent d'être prévenus dès que l'accouchement aura eu lieu.

Ces relations apparaissent d'un côté comme de l'autre « naturelles » : contrairement à certains médecins libéraux qui ne veulent pas avoir à faire avec les services sociaux, dont l'action est considérée comme stigmatisante et qui considèrent l'espace de leur cabinet comme un espace privé inviolable, on ne note aucune réticence de cet ordre à la clinique des Noriets.

Plusieurs éléments semblent importants pour comprendre cette situation. Tout d'abord, on retrouve comme dans d'autres domaines le rôle des relations interpersonnelles et de la mobilité des personnes ; un des médecins de la PMI par exemple a plusieurs membres de sa famille qui travaillent ou ont travaillé aux Noriets :

« Quand ils étaient embêtés par un problème ils me téléphonaient, je débrouillais et puis je leur ai appris les secteurs, de s'adresser aux personnes dont la femme dépend. » (entretien PMI)

Par ailleurs, des sages-femmes qui travaillaient initialement à la clinique des Noriets ont poursuivi leur carrière à la PMI. Une gynécologue, nouvellement nommée à la PMI, a exercé en province en libéral pendant de nombreuses années. Le monde de la clinique

et celui de la PMI ne sont pas deux mondes étanches l'un à l'autre, ni totalement étrangers.

La clinique a toujours montré une ouverture assez grande par rapport aux problèmes de santé publique. Ceci est probablement lié à la personnalité des fondateurs mais ils ont réussi à entraîner l'organisation dans leur sillage. Cette ouverture s'est traduite par une bonne volonté sans faille, et souvent sans équivalent dans les maternités publiques, dès lors qu'il s'agissait de participer à des enquêtes ou des études. Comme le dit un médecin de PMI : « ils comprennent qu'on peut servir à autre chose qu'à débrouiller des situations sociales difficiles », autrement dit, ils renvoient une image valorisante à la PMI. Par ailleurs, cette sensibilité à une vision plus globale des problèmes de santé a induit un certain nombre de pratiques dont les services de PMI ne peuvent que se réjouir, comme, par exemple, une utilisation étendue des dispositifs de coordination – transmission tels les carnets de santé :

« Dans le dossier du bébé, il y a une partie qui récapitule la grossesse de la mère, dans le cas où il y a une pathologie. Sinon le dossier maman est en maternité. A la naissance, le pédiatre récapitule le dossier maman, et met un ensemble de renseignements propres à l'accouchement. Parfois on monte consulter le dossier si on a besoin de quelque information supplémentaire. Cette double page est remplie complètement quand la maman sort avant le bébé. Le dossier descend. Quand l'enfant sort, le carnet de santé est très très rempli. On n'a pas d'externe pour remplir les CR d'hospitalisation. Certaines choses ne sont pas marquées: par exemple, si l'EEG n'est pas normal, on ne le marque pas. Des tas de gens peuvent avoir le carnet entre les mains, comme les directrices d'école... il faut faire attention. Dans le carnet il y a un résumé bien détaillé du séjour avec ce qui reste à surveiller. Pour l'EEG, le document est donné aux parents, c'est écrit dans le carnet: "donné aux parents". On donne tous les résultats en double, les radios, les échos, les examens biologiques, pour le médecin traitant. Le carnet nous sert de compte-rendu d'hospitalisation.

En maternité, c'est pareil, il y a toujours un résumé de la surveillante ou de la pédiatre, c'est toujours noté, plus les courbes de poids, les traitements éventuels. On marque ce qui a été fait. Si quelque chose n'est pas normal, on est beaucoup plus court; mais dans ces cas, on essaie d'orienter vers le médecin traitant ou la P.M.I. pour que l'enfant soit suivi. La plupart des établissements ne mettent rien. Dans certains cas, le carnet de santé est vide, il y a juste l'examen du 8ème jour. Du coup, les parents transforment. Moi je pense qu'il n'y en a jamais assez dans le carnet. C'est un superbe outil de suivi. Si par exemple, on envoie un enfant dans un service hospitalier pour une hypocalcémie rebelle, il faut que ce soit suivi dans un service particulier, si l'enfant doit être revu, il faut que ce soit noté. C'est au service de réorienter vers le médecin traitant pour la suite, de faire le passage de main. C'est la politique de la maison s'essayer de faire en sorte qu'il n'y ait pas de trou dans les

mailles du filet, d'essayer d'organiser le suivi au mieux, et de façon non sectaire. » (entretien néonatalogie)

Enfin, la clinique des Noriets offre des « services » que ces équivalents publics ne sont pas toujours à même d'assurer : un accueil rapide, « on n'a pas à négocier de façon affreuse, c'est ça le confort du privé »- ou autrement dit les avantages d'un modèle marchand - pour qu'ils prennent en charge une IVG dans des délais courts, pour qu'ils reçoivent une femme en urgence etc., un retour d'information systématique, les aspects financiers ne constituant un obstacle que dans des cas extrêmes puisque sont acceptés le tiers-payant et l'aide médicale gratuite. De ce point de vue, la clinique joue un rôle parfois dé-stigmatisant :

« Mais j'envoie des gens du Quart-Monde aux Noriets, et ils sont accueillis comme les autres. C'est une bonne expérience pour eux. C'est du psychosocial classique, premier enfant placé, deuxième idem, troisième etc. Problème d'imprégnation alcoolique, trois paquets par jour. Tout ça est dans le carnet, ils n'ont qu'à lire. Les femmes sont bien contentes d'aller en maternité privée, ça les valorise. » (entretien PMI)

Bref, l'insertion des Noriets dans un réseau de proximité est ancienne et peu problématique ; elle se trouve au point de convergence entre des services de PMI particulièrement développés et coordonnés dans ce département et une direction de la clinique particulièrement sensible à ces problèmes, les relations entre ces deux ensembles étant facilitées par les liens interpersonnels qui les traversent.

2.2. Le réseau périnatal

En revanche, la notion de réseau périnatal est sans doute entrée plus récemment dans les faits et pratiques de la clinique des Noriets. Fort de leur service de néonatalogie, non rétribué pendant de nombreuses années, la clinique de Noriets a longtemps pris en charge toutes les naissances et tous les enfants ou presque. L'idée de transfert in utero ne s'est imposée en France que de manière très récente et de ce point de vue, la clinique ne dérogeait pas à la règle. Elle s'est néanmoins adaptée rapidement à ces nouvelles règles du jeu, selon deux modalités principales complémentaires.

Il existe tout d'abord des relations formalisées dans deux accords passés d'une part avec l'hôpital Intercommunal de Créteil et d'autre part avec l'un des grands hôpitaux de la région, l'hôpital Bécclère de Clamart. Ces accords résultent d'un processus institutionnel doublé de choix réciproques cristallisant des liens confraternels établis autour d'échanges anciens en néonatalogie. Les relations qui se sont établies sont plutôt appréciées positivement et l'hôpital est perçu comme un partenaire compétent et « loyal », qui renvoie vers la clinique les femmes transférées lorsque les épisodes critiques sont passés.

Par ailleurs, la clinique est prise dans une autre relation, que l'on pourrait qualifier de relation élective avec l'Institut de Puériculture. Ici, comme dans d'autres domaines, l'origine de ces relations passe par la personne d'un médecin qui travaille à temps partiel à l'Institut sur des questions relatives au diagnostic prénatal et à la médecine fœtale. A partir de ce point d'entrée, le réseau des relations entre les deux institutions s'est densifié de sorte que la plupart des médecins préfèrent en première instance transférer leurs patientes vers l'Institut de Puériculture plutôt que vers tout autre hôpital. La possibilité de pouvoir s'appuyer sur un réseau de personnes repérables, et d'être soi-même repérable en tant que confrère d'un confrère, joue sûrement un rôle. Au delà de cet aspect, la hiérarchisation des niveaux de soins n'est pas perçue comme une hiérarchie absolue qui entacherait toutes les relations :

« Avant, je travaillais à l'hôpital, puis j'ai travaillé ensuite en même temps à l'hôpital et en clinique, et maintenant seulement en clinique. Si vous mettez un hospitalier avec quelqu'un qui n'est pas de l'hôpital vous avez quelque chose de primaire. Le savoir semble être dispensé dans les grands hôpitaux. Je ne suis pas certain que, comme certains le pensent, la recherche implique forcément le progrès et la qualité des soins. L'Institut de Puériculture a un fonctionnement plus privé. On n'a pas l'impression de passer pour des ploucs. » (entretien médecin)

D'où la possibilité, envisagée par le médecin à l'origine de cette relation, de développer un ensemble de projets qui dépassent le simple cadre des problèmes posés par les transferts in utero :

« Là, à l'heure actuelle, il y a un projet, des élèves d'une école d'ingénieurs, autour de ce réseau. Ils vont faire le travail de dimensionnement du réseau. Ils ont obtenu un financement pour monter ce réseau. Nous aussi, nous avons un financement pour faire une étude pilote de fonctionnement. J'essaye de dynamiser notre relation. Je trouve que c'est mieux quand les équipes se connaissent. J'essaye de faire inviter des sages-femmes d'ici ou des médecins lorsqu'il y a des réunions ou des journées de formation, qui sont organisées à l'institut de puériculture. On a le projet de faire venir une sage-femme de l'institut de puériculture pour parler de la prise en charge des interruptions thérapeutiques de grossesse. Le problème, c'est que ce n'est pas facile à gérer. Il nous faut du temps pour établir et maintenir des relations et ce n'est pas facile. Le problème des relations entre médecins, c'est qu'il ne faut pas négliger le poids des considérations économiques. Evidemment, ce poids est un peu variable selon le profil psychologique de chacun, et la place qu'il accorde à cette question. » (entretien médecin)

Dans ce contexte, la mécanique des transferts n'obéit qu'en désespoir de cause à une logique bureaucratique, représentée par la cellule d'orientation régionale supposée orienter les mamans vers des structures capables de les accueillir. La pratique est d'abord de prendre contact directement avec des interlocuteurs connus et d'essayer de négocier avec eux une place pour la femme en question.

La clinique a donc très rapidement pris le tournant de l'organisation en réseau, mais en se donnant les moyens de développer son propre réseau, d'en faire un élément de fonctionnement choisi et non subi, et de conserver des marges de manœuvre dans la définition de ses relations avec les autres partenaires.

3. CONCLUSION

La clinique des Noriets dessine un modèle de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement original et bien contrasté par rapport aux deux autres dispositifs que nous avons étudiés :

- l'organisation des soins construit de fait une certaine définition de la prise en charge qui intègre l'ensemble des aspects considérés habituellement comme relevant de cette prise en charge : suivi médical, diagnostic prénatal, échographie, cours de préparation, consultation anesthésique, orientation vers des établissements adaptés, prise en compte des aspects socio-économiques, rééducation post-natale...
- l'articulation entre ces différents aspects repose sur des mécanismes de coordination qui ne sont que partiellement formalisés : une grande partie de cette coordination est assurée par l'incorporation de schémas de travail, par la mobilité « forcée », c'est-à-dire inscrite dans l'organisation du travail, des personnes et par les relations interpersonnelles établies à l'intérieur et à l'extérieur de la clinique ; quelques outils ou procédures plus « formalisés » dont le dossier obstétrical permettent néanmoins d'installer des formes de routines qui allègent la contrainte de coordination pesant sur les personnes.
- cette forme particulière de coordination a permis de préserver des espaces de liberté et une certaine différenciation des médecins entre eux, différenciation qui s'inscrit positivement dans leur exercice « libéral » ;
- les limites de ce modèle sont liées au rôle qu'y jouent les relations de personne à personne : peut-on le maintenir actif dans une situation d'accroissement d'activité et de renouvellement des personnels ? C'est une des questions que la clinique aura sans doute à affronter dans les années à venir.

Chapitre 4

L'obstétrique aux Pays-Bas : de l'institution aux pratiques

1. L'OBSTÉTRIQUE NÉERLANDAISE, UN MODÈLE D'ARTICULATION THÉORIQUE

L'obstétrique néerlandaise repose sur un principe fondamental, à savoir que grossesse et naissance sont des événements « *normaux* », « *naturels* », ou « *physiologiques* ». Ce qui ne signifie pas pour autant que le traitement de ces événements soit resté à l'écart de tout ordre obstétrical. Le caractère normal ou physiologique de ceux-ci est aussi institutionnalisé et instrumentalisé que dans les autres régions du monde dit développé. Toutefois, si entre 1960 et 1985, dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest comme aux Etats-Unis, la quasi-totalité des naissances a lieu dans un environnement médical, le taux de naissances à domicile atteint aux Pays-Bas le chiffre de 30% : résultat d'une

politique délibérée en matière de santé, la naissance à domicile est sauvegardée au niveau institutionnel⁶.

Il existe aujourd'hui trois niveaux d'intervention dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement (que nous appellerons des *échelons* – *NDT*) : le troisième, qui se rapporte aux soins spécialisés en pathologies lourdes et en néonatalogie, ne concerne pas notre analyse.

Le *premier échelon* est constitué de médecins généralistes et de sages-femmes. Globalement, le généraliste assure la fonction de garde-barrière du *deuxième échelon*, et seule une recommandation de sa part permet d'accéder au spécialiste. En principe, les hôpitaux exigent cette recommandation sans laquelle les soins ne sont pas remboursés par les assurances maladie : l'accès aux soins de deuxième échelon pour des raisons de convenance personnelle est donc difficile, mais, nous le verrons dans la suite, non impossible.

Les sages-femmes (comme les dentistes) font exception à la règle : leurs clientes⁷ n'ont pas besoin de cette lettre de recommandation pour bénéficier de soins du second échelon. Elles peuvent directement orienter la personne vers un spécialiste, sans que celle-ci ne soit tenue de passer par l'intermédiaire du généraliste. En présence de problèmes relevant d'une autre spécialité, la cliente consulte son généraliste qui la dirige vers un praticien du second échelon. Quoi qu'il en soit, le remboursement des soins du spécialiste est donc subordonné à la recommandation d'un généraliste ou d'une sage-femme.

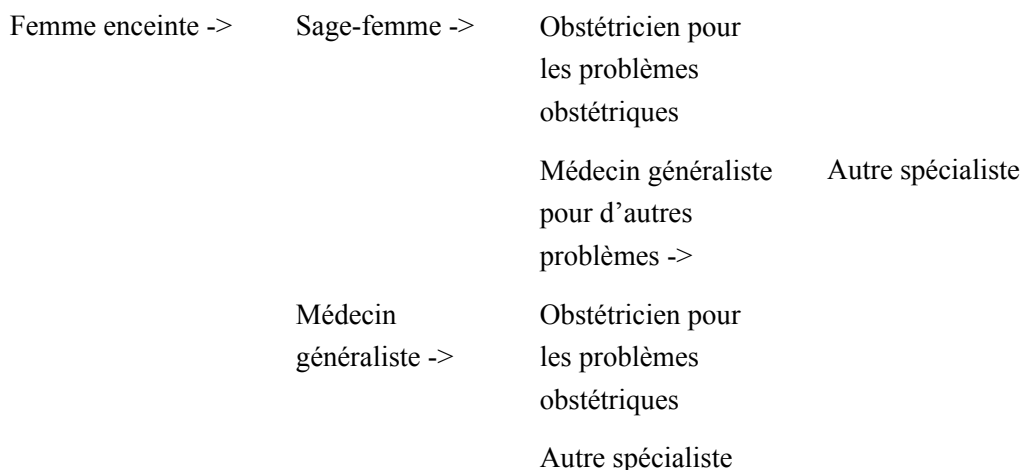
La grossesse et l'accouchement peuvent être suivis par la sage-femme comme par le généraliste. Avant 1994, ce dernier n'était habilité à cette mission particulière qu'en l'absence de tout cabinet de sages-femmes dans sa zone d'intervention – approximativement définie par un code postal. Depuis la loi a changé, mais les chiffres sont restés sensiblement les mêmes : 10% de la totalité des accouchements et 28% des accouchements à domicile sont assistés par des généralistes.

⁶ Pour les différentes explications sur caractère exceptionnel de l'obstétrique néerlandaise en la matière, se reporter aux travaux de Marland, Hilary (1994). *The midwife as health missionary. The reform of Dutch childbirth practices in the early twentieth century. Midwives, society and childbirth. Debates and controversies in the modern period.* H. Marland and A. M. Rafferty, Routledge. ; Schoon, Lidy (1995), *De Gynaecologie als belichaming van Vrouwen. Verloskunde en Gynaecologie 1840-1920*. Zutphen : Walburg Pers ; Hiddinga, A. (1993), in : Abraham van der Mark, E., *Successful Homebirth and Midwifery, the Dutch example*. Westport CT : Bergin & Garvey

⁷ C'est délibérément que nous choisissons de ne pas employer le terme de « patientes » pour désigner les femmes enceintes, l'un des buts essentiels de l'obstétrique néerlandaise étant de faire en sorte qu'elles ne deviennent pas des patientes, des personnes en demande de traitements médicaux spécialisés dans le cadre d'un dispositif de pathologie.

Le *second échelon* est constitué principalement de gynécologues et d'obstétriciens, dont l'activité est limitée au cadre de l'hôpital, et concerne essentiellement des clientes qui leur sont adressées par le généraliste ou par la sage-femme. La plupart des sages-femmes néerlandaises (70%) sont indépendantes, tandis que d'autres (15%) travaillent sous la direction d'un obstétricien, et sont salariées, soit par l'hôpital, soit par l'obstétricien exerçant dans une structure hospitalière⁸..

Globalement, le système néerlandais fonctionne selon le schéma suivant :



Dans l'idéal, la femme enceinte est censée emprunter un parcours bien défini. En début de grossesse, elle consulte une sage-femme qui met en place le suivi obstétrical. Si la grossesse se déroule normalement, elle continue à être suivie au niveau du premier échelon. Si la sage-femme suspecte une pathologie ou un risque de pathologie, elle peut adresser sa cliente à un spécialiste, soit pour une visite ponctuelle, soit pour une prise en charge intégrale dans le cadre du deuxième échelon, prise en charge pour laquelle la cliente fait alors l'objet d'une « *indication médicale* ». Si, arrivée à son terme, la grossesse relève toujours de la catégorie « risque faible », la cliente peut faire un choix : accoucher chez elle ou en milieu hospitalier, sous la conduite de sa propre sage-femme dans les deux cas. Ainsi, seules les grossesses qui présentent une pathologie ou un risque sérieux de pathologie sont susceptibles d'être prises en charge au niveau du deuxième échelon, par un obstétricien.

⁸ Au 1^{er} janvier 1998, on comptait 1422 sages-femmes exerçant aux Pays-Bas, dont 70% dans un cabinet privé – en association avec d'autres sages-femmes pour 57% d'entre elles – et dont 15% en milieu hospitalier. Les 15% restant assurent des remplacements.

Le suivi prénatal se compose de 12 à 15 consultations auprès de la sage-femme⁹, au cours desquelles un certain nombre d'examens sont effectués. Lors de la première visite, la praticienne établit l'anamnèse du passé médical, psychosocial et obstétrical de la cliente. En outre, elle prélève un petit échantillon de sang pour une analyse détaillée en laboratoire¹⁰. Elle vérifie, au cours de cette visite comme lors des visites suivantes, certains éléments tels que le poids et la tension de la cliente, la croissance et la position du fœtus, ainsi que le battement de son cœur. De temps à autre, ou si la jeune femme se plaint de fatigue, elle vérifie son taux d'hémoglobine. L'examen interne ne fait pas partie de l'éventail courant des examens pratiqués¹¹. Des variations sont à noter concernant le recours aux examens des urines (glucose), et concernant l'utilisation de la technique de l'échographie en prévention prénatale. Ni l'une ni l'autre ne figurent sur la liste des examens systématiques, et bien qu'il n'existe aucune donnée quantitative à ce sujet, il s'avère que le pourcentage de grossesses au cours desquelles au moins une échographie est effectuée a considérablement augmenté. La tendance officielle est d'en réaliser une par grossesse, mais les professionnels ne s'accordent pas sur la date de celle-ci : à 8 ou à 20 semaines. Quant à l'amniocentèse, elle ne concerne que les femmes âgées de plus de 36 ans, ou les femmes présentant des antécédents familiaux. Dans ce dernier cas, les tests génétiques, qui pourraient exclure ou détecter un problème, ne sont pratiqués officiellement qu'à la seule demande de la femme : les praticiens du premier échelon sont tenus de ne pas prendre d'initiative sur ce plan. La sage-femme doit également prêter une attention particulière à la cliente sur le plan psychosocial, et c'est là l'un des éléments qui déterminent le sentiment de sécurité et de normalité que celle-ci peut éprouver.

⁹ Bien que le médecin généraliste puisse suivre une grossesse normale au même titre que la sage-femme, c'est par ce dernier terme que nous désignerons, tout au long de cette étude, les deux catégories de praticiens de premier échelon.

¹⁰ L'analyse de sang ne comprend pas de recherches génétiques, ni pour une grossesse normale, ni pour grossesse que l'on définit, du fait de l'âge de la femme, par exemple, comme particulièrement sujette aux risques pathologiques. Dans cette dernière catégorie, ces examens tendent toutefois à être pratiqués de plus en plus fréquemment.. Cf. Geelen, E., Horstman, K. & Drenthe-Schonk, A.M. (1999), Vruchtwaterpunctie: van het besluit tot na de uitslag. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 112, 32-34.

Cf. Geelen, E., Hortsman K. & Drenthe-Schonk, A.M. (1999), Ponction du liquide amniotique : de la décision au résultat. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 112, 32-34.

¹¹ De fait, la menace d'accouchement prématuré – justifiant un renvoi de la cliente du premier vers le second échelon – n'est pas détectable par un examen interne pratiqué par la sage-femme. En outre, le nombre de cas motivant ce renvoi a diminué entre 1989 et 1993, passant de 10,1% à 7,9% (primipares) et de 9,3% à 6,3% (multipares).

Tout au long de la grossesse et de la naissance, la sage-femme doit sélectionner ses clientes selon le niveau de risque que le processus obstétrical présente. La sélection du risque se base sur une longue liste « *d'indications médicales* ». Si, au début du XX^{ème} siècle, les femmes n'accouchaient à l'hôpital qu'en l'absence de toute alternative, la pratique a eu tendance à se développer par la suite, du fait de la non-disponibilité de soins adéquats au domicile. En outre, le nombre d'indications pour accoucher en milieu hospitalier a augmenté. Conséquence de ces tendances, les assurances maladies ont exigé l'établissement d'une liste standard d'indications médicales. Dans les années soixante, une première liste a vu le jour, qui précisait les principales complications nécessitant un accouchement en milieu hospitalier. Par la suite, cette liste a été complétée par un certain nombre d'indications justifiant la consultation d'un spécialiste, et constituant ce que l'on a appelé la Liste Kloosterman (*Kloostermanlijst*), d'après le nom de son instigateur, le Professeur en gynécologie, M. G. J. Kloosterman. En 1982, La Société Néerlandaise d'Obstétrique et de Gynécologie (*NVOG*) en a proposé la révision. Un groupe de travail comprenant des représentants de la plupart des professions obstétricales a été constitué, et a défini une Liste d'Indications Obstétricales (« *Verloskundige IndicatieLijst* », la VIL). En 1987, la Direction Nationale de la Santé Publique (*NHS*) a fait parvenir cette liste à tous les médecins généralistes, les obstétriciens, les sages-femmes, et à toutes les antennes locales du service de la Santé publique. (les *NHS-buro's*).

Cette liste, bien que largement suivie par les sages-femmes, a toujours fait l'objet de controverses. La proposition selon laquelle toutes les professions concernées devaient se baser sur celle-ci pour déterminer le parcours d'une cliente, pour classer les spécificités des facteurs de risques, et pour faciliter la communication entre les différentes branches, n'a jamais été ratifiée par la *NVOG*. Lors d'une évaluation du fonctionnement de la VIL, réalisée en 1992, une enquête a mis en évidence les raisons avancées par les obstétriciens pour expliquer leur faible adhésion à la liste : 80% d'entre eux considèrent que la représentation quantitative de leur profession dans le groupe de travail initial était insuffisante. De plus, lorsque cette liste est parue, elle était censée être diffusée par des « médecins-conseils », mais, de l'avis des représentants des trois professions obstétricales, cela n'a pas été fait, ce qui s'est traduit par un manque d'information tant sur le plan du fonctionnement proposé par cette liste, que sur le plan de son contenu. Enfin, et c'est peut-être là l'élément le plus important, le fait que la décision de l'orientation future d'une cliente, après la consultation d'un spécialiste par cette dernière, revienne à un praticien du premier échelon est perçu pour la plupart des obstétriciens comme inacceptable. Cependant, 85% de tous les généralistes, sages-femmes et obstétriciens approuvent les principes de base de la liste, à savoir : 1) toute grossesse peut être suivie indifféremment par un généraliste ou par une sage-femme dans la mesure où il n'apparaît aucune indication médicale nécessitant la prise en charge par un obstétricien, 2) toute naissance peut avoir lieu au niveau du premier échelon, à moins d'une indication spécifique pour un accouchement du deuxième échelon. En

pratique, l'utilisation de cette liste comme passerelle entre les deux échelons semble dépendre largement de la qualité des relations qui existent localement entre praticiens. Il est apparu en 1992, que 85% des sages-femmes, 50% des médecins généralistes, et seulement 15% des obstétriciens se sont basés sur cette liste pour un classement spécifique des complications¹². En ce qui concerne les femmes qui, pour des raisons d'ordre médical ou obstétrical, sont suivies au niveau du deuxième échelon, ce pourcentage n'est pas significatif. Mais il l'est pour celles qui, devant une indication de « risque moyen » oscillent entre les deux premiers échelons, et qui, à ce titre, devraient être au centre d'une bonne communication entre les deux niveaux d'intervention. En outre, le rare usage que les obstétriciens déclarent faire de la liste traduit bien leur position à son égard.

La VIL (cf. Annexe 1) distingue les indications qui relèvent du cursus médico-obstétrical de la cliente, les indications qui sont apparues lors de la première anamnèse, les indications qui surgissent au cours de la grossesse, et les indications qui peuvent apparaître pendant ou immédiatement après l'accouchement, ou encore dans la période de suites de couches. Les complications sont classées en trois catégories : risque faible (A), risque moyen (B et D), et risque élevé (C). Lorsque la grossesse ou la naissance ne rencontrent aucune des difficultés répertoriées dans la catégorie A, leur suivi est confié à une sage-femme, et la cliente peut choisir d'accoucher chez elle ou selon la formule ambulatoire. La détection d'une complication répertoriée en C, transforme la grossesse ou l'accouchement en événements à haut risque, qui nécessitent d'être pris en charge par un spécialiste. La naissance a alors lieu en milieu hospitalier, avec l'assistance d'un professionnel du deuxième échelon. En présence d'une indication de niveau B, la sage-femme doit envoyer sa cliente en consultation auprès d'un spécialiste. Ensuite, elle définit la conduite à suivre sur le plan obstétrical, et elle en est responsable. Ainsi, les négociations entre les différents échelons n'ont généralement lieu qu'en présence d'indications de catégorie B. Les catégories B à D regroupent en fait des situations où les complications nécessitent que l'accouchement s'effectue en milieu hospitalier, mais sous la conduite d'une sage-femme.

Dans la mesure où sa grossesse est linéairement suivie par une sage-femme, et dans la mesure où aucune complication de types B à D n'apparaît, toute femme peut choisir entre l'accouchement à domicile, et l'accouchement en milieu hospitalier, avec l'assistance de sa propre sage-femme. Cette dernière option constitue ce que nous appelons « l'accouchement ambulatoire », et permet à la cliente de rentrer chez elle quelques heures après la naissance du bébé. Les femmes dont l'accouchement s'inscrit dans le premier échelon, bénéficient normalement pendant huit jours des services d'une « assistante de maternité », toute la journée, ou quelques heures par jour. Cette

¹² Riteco, J. A. & Hingstman, L. (1992), Liste des Indications Obstétricales : Le regard des Généralistes, des Gynécologues et des Sages-femmes, *Medisch contact*, 47, 5, 31 Janvier, 151-154

assistante dont les prestations sont remboursées par les compagnies d'assurances, est employée soit par la Croix Verte, soit par des entreprises privées. Elle est supposée assister la sage-femme à la naissance, ou, dans le cas d'accouchement ambulatoire, arriver au moment où la jeune maman rentre chez elle. Il s'avère que ce service d'assistance constitue un élément essentiel du système néerlandais, au même titre les soins postnataux spécifiques, dont la nécessité pour la mère et l'enfant n'est plus à établir. L'assistante de maternité est là pour répondre à toutes les questions de la jeune femme concernant le nouveau-né, mais elle peut également s'occuper des autres enfants du foyer, ou accomplir quelques tâches ménagères.

Bien que l'accouchement ambulatoire se déroule dans le même service que l'accouchement de deuxième échelon, les deux événements sont à peine comparables. C'est le titre du professionnel responsable (sage-femme ou obstétricien), et par conséquent la mise à disposition ou non de matériel technique pour suivre ou pour assister le déroulement de l'accouchement, qui constituent les différences essentielles. En principe, la gamme d'intervention de la sage-femme est la même à l'hôpital qu'à domicile : celle-ci peut rompre la poche des eaux, procéder à une épisiotomie, effectuer une anesthésie locale pour suturer une épisiotomie ou une déchirure, elle peut employer du matériel à oxygène pour réanimer d'urgence un bébé en détresse, injecter un produit pour contenir une hémorragie, porter un doppler pour écouter, par intermittence, les pulsations cardiaques du bébé – mais elle ne pratique pas de monitoring électronique – et elle dispose de ses mains pour évaluer, par examen interne, la progression de la dilatation. Dès lors que l'accouchement nécessite l'emploi du monitoring électronique, la pose d'une perfusion, l'utilisation du forceps ou d'une ventouse, ou l'injection d'une péridurale, la sage-femme doit s'en remettre aux actes et à la responsabilité de d'obstétricien : l'accouchement relève alors du deuxième échelon. C'est généralement sur la base de complications ou de risques médicaux et obstétricaux que ces mesures sont prises. Pour les accouchements à faible risque – du premier échelon – il n'est pas possible d'avoir accès à la péridurale, de déclencher l'accouchement à la demande, d'utiliser un monitoring électronique ni d'autres technologies médicales.

Depuis que la première *liste Kloosterman* a été établie – en 1987 – les classifications ont été modifiées : certaines indications ont changé de catégories (passant principalement de A à B, de B à C, et non en sens inverse), d'autres s'y sont ajoutées. Ces transformations ont fait l'objet de nombreuses consultations et négociations, parfois houleuses, portant principalement sur le transfert des indications d'un niveau A à un niveau B voire même C. Nous assistons là à une *médicalisation* de ce qui jusqu'alors, était *non-médicalisé*. De telles décisions, qui s'accompagnent parfois de débats féroces, indiquent que le caractère physiologique de la grossesse comme de l'accouchement tend à être plus souvent contesté que définitivement acquis. Un exemple récent concerne les préconisations de la Société Néerlandaise d'Obstétrique et de Gynécologie (NVOG) en

matière de version externe du bébé lorsque, pendant la grossesse, il reste en position de siège¹³. La position « anormale » était classée dans les indications de catégorie B, et c'était à la sage-femme qu'il revenait de décider s'il y avait lieu de procéder à la version, et qui était habilitée à le faire. Mais la NVOG considère que toute version doit impérativement être effectuée dans le cadre du deuxième échelon, avec un système d'échographie accessible directement, et qu'elle doit être immédiatement suivie d'un électrocardiogramme du fœtus.

Pour Agaath Schoon, sage-femme et directrice de l'Ecole de Sages-femmes d'Amsterdam, si la pratique de la version externe est justifiée par des travaux de recherche, ceux-ci n'ont jamais mis en évidence la nécessité de procéder à des échographies ou à des contrôles ultérieurs par électrocardiogramme. Le recours à l'échographie n'est utile qu'en cas de doute sur la position de l'enfant, et les changements significatifs et durables dans son rythme cardiaque n'ont pas besoin de monitoring électronique pour être détectés, puisque qu'ils peuvent être décelés par simple auscultation effectuée par la sage-femme. Agaath Schoon considère qu'en exigeant que la pratique de la version s'effectue dans le cadre du second échelon, l'on risque de déqualifier le premier échelon : le nombre de sages-femmes correctement formées à cette opération tend à diminuer, à la fois parce que certaines d'entre elles considèrent qu'il s'agit là d'une intervention relevant du deuxième échelon, et parce que d'autres doutent de leur aptitude à la pratiquer. Plutôt que de suivre les recommandations de la NVOG et de céder aux réticences des sages-femmes à être, ou à devenir, des spécialistes dans ce domaine, Agaath Schoon propose de former à la technique de la version externe un certain nombre de sages-femmes, qui pourraient alors intervenir comme une brigade mobile pour assurer de telles interventions dans leur région. Un système de ce type serait bien moins onéreux que celui de la prestation effectuée dans le cadre du second échelon et faisant systématiquement usage de technologies coûteuses, échographie et monitoring fœtal. « *En résumé, le maintien de la version fœtale au niveau du premier échelon, constitue un formidable gain (y compris de santé)* » (193).

En 1999, la liste VIL a été modifiée de façon substantielle, à tel point que certains se demandent s'il ne s'agit pas d'une remise en cause des principes de l'obstétrique néerlandaise. Élément essentiel, et particulièrement regrettable aux yeux de la profession, la clause selon laquelle la sage-femme garde la responsabilité du parcours de sa patiente, même après une consultation au niveau du deuxième échelon, a été supprimée. Du coup, La NVOG (Société Néerlandaise d'Obstétrique et de Gynécologie) a, cette fois, ratifié la liste. Les sages-femmes s'attendent à ce que de tels aménagements contribuent à réduire encore le taux de grossesses et d'accouchements physiologiques.

¹³ Schoon, A. (1999), Version fœtale et sages-femmes : quel avenir ? *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 24, 3, 189-193.

Toutefois, l'application de cette liste ne datant que de janvier 1999, il est encore trop tôt pour en mesurer les effets. Les intentions affichées dans l'organisation des soins obstétricaux restent inchangées : les sages-femmes sont toujours placées dans une position de garde-barrière vers le deuxième échelon ; la dichotomie entre physiologie et pathologie et ses traductions pratiques en termes de lieux d'accouchement, de répartition des compétences entre les professionnels, de distribution dans l'usage des techniques est maintenue.

Quelles que soient les modifications récentes et particulières de la liste VIL, la sage-femme continue à jouer un rôle important dans l'organisation de l'obstétrique, et plus particulièrement dans la mise en place du parcours obstétrical *normal* ou *physiologique*. Elle est ainsi investie d'une double mission : elle doit à la fois constamment veiller à la sélection de ses clientes sur la base du risque médical, *mais aussi* pratiquer cette sélection obstétricale d'une manière telle qu'elle contribue à instituer le caractère normal de la grossesse et de la naissance, en évitant d'inquiéter inutilement les femmes et de leur faire subir des examens ou des consultations non strictement nécessaires.

On considère que cette tâche de *normalisation* relève dans une certaine mesure de la dimension psycho-sociale du rôle de la sage-femme. Toutefois, s'il existe des « protocoles de soins » en ce qui concerne les aspects médicaux et obstétricaux du suivi, cela n'est pas le cas pour les aspects psycho-sociaux. Bien que l'on estime¹⁴ ce point comme central dans une approche physiologique et globale de la maternité, peu de choses sont connues précisément sur les relations entre facteurs proprement médicaux et facteurs psycho-sociaux. Il est généralement fait l'hypothèse que la continuité du suivi, assurée par le petit groupe de sages-femmes associées dans un cabinet, est un élément important de ce point de vue : la cliente connaît la personne qui l'assistera dans l'accouchement, la consultation peut être reprise au point où elle s'était conclue lors du rendez-vous précédent, une relation de connaissance mutuelle se construit. Nous envisagerons plus tard les incidences que peut avoir sur le parcours de la femme la manière spécifique dont la sage-femme pratique son métier. Il nous suffit pour le moment de relever que la proximité croissante des technologies de diagnostic anténatal, combinée à la dissociation du médico-obstétrical et du psychosocial, peuvent mener, sur le long terme, à une remise en cause de la profession de sage-femme telle qu'elle existe aujourd'hui.

Pour résumer, le système néerlandais repose en principe sur la définition de trois grands types de trajectoires :

¹⁴ Hulst, L. van der (1999), Dutch midwives : relational care and birth location, *Health and Social Care in the Community*, Oxford : Blackwell Science Ltd, in press.

- la femme enceinte dont la grossesse se déroule sans incident est suivie intégralement par une sage-femme et ne consulte aucun professionnel médical du deuxième échelon ;
- si des complications surgissent ou sont suspectées, la sage-femme envoie alors sa cliente en consultation ponctuelle auprès d'un praticien du deuxième échelon, après laquelle, si tout est rentré dans l'ordre elle reprend le suivi de la grossesse
- si, à l'inverse, la pathologie est confirmée ou s'il existe des facteurs de risque importants, la femme continuera à être suivie au second échelon.

En matière d'*accouchement*, les trajectoires sont comparables : la femme peut être assistée par une sage-femme, elle peut être envoyée chez un spécialiste et revenir ensuite sous la responsabilité de la sage-femme, ou encore, elle peut terminer son parcours dans le deuxième échelon. La naissance peut quant à elle relever de trois dispositifs différents. Les deux premiers ont pour cadre le premier échelon, car ils correspondent à des naissances physiologiques, et sont menés sous la conduite d'une sage-femme, soit au domicile de la cliente, soit à l'hôpital (accouchement ambulatoire). Le troisième dispositif ne diffère pas du second en termes d'environnement (l'hôpital dans les deux cas) mais en termes d'attribution de la responsabilité (à la sage-femme ou à l'obstétricien), et en termes de techniques mises en œuvre.

2. PRATIQUES COORDONNÉES ET AMÉNAGEMENTS DU MODÈLE

Toute femme enceinte devrait en principe consulter une sage-femme ou un médecin généraliste au moins une fois dans sa grossesse. Dans la pratique, 50% des femmes qui viennent en consultation chez un obstétricien pour le suivi de leur grossesse n'ont pas été préalablement examinées par une sage-femme. De même, toute femme en bonne santé, dont la grossesse se déroule sans complications, et dont l'accouchement s'annonce normalement, est censée être suivie, y compris pour son accouchement, par le premier échelon. Si l'on en croit l'accroissement régulier du nombre de renvois vers le deuxième échelon au cours de l'accouchement¹⁵, nous pouvons déduire que les pratiques ne se plient pas toujours à la théorie.

Dans cette partie, nous confronterons les filières définies a priori et les filières a posteriori telles qu'elles résultent des pratiques des différents acteurs impliqués.

¹⁵ Qu'il s'agisse de primipares ou de multipares, on assiste cette dernière décennie à une augmentation du nombre de renvois sur le deuxième échelon pour cause de progression insuffisante du travail ou de l'expulsion. Cf. SIG 1993, p. 75.

Il faut noter que le fonctionnement prévu en théorie n'est pas réellement applicable, pour la simple et bonne raison qu'il n'y a pas assez de sages-femmes en exercice. Ceci étant, une analyse plus fine révèle une multiplicité d'autres raisons qui permettent de comprendre pourquoi ce manque relatif de sages-femmes n'est pas mis en avant dans les débats sur la question. En premier lieu, les femmes traitées pour infécondité (FIV, etc.), restent généralement suivies par le spécialiste pendant leur grossesse et leur accouchement. Pourtant, d'après la liste VIL, toute grossesse résultant d'un traitement anti-infécondité relève d'une indication de catégorie A, et est supposée être prise en charge par le premier échelon. La réalité montre plutôt que dès lors que le suivi est amorcé au niveau du deuxième échelon, et pour quelle raison que ce soit, les probabilités pour qu'il soit maintenu à ce niveau sont très fortes.

Le fait que toutes les femmes enceintes ne soient pas vues au moins une fois par une sage-femme est aussi à mettre en relation avec les possibilités qu'offrent les assurances sociales et qui institutionnalisent certaines formes de déviance par rapport aux filières définies a priori. Si, dans le cadre d'une assurance de régime général, la possibilité d'accoucher en milieu hospitalier au terme d'une grossesse sans complication est formellement exclue, les assurances privées laissent à la femme la possibilité d'*opter pour* un praticien du premier ou du second échelon, quelle que soit sa situation sur la liste VIL. Au delà du cas des assurances privées, il semble que des femmes en bonne santé relevant du régime général de sécurité sociale arrivent à obtenir des prescriptions qui leur ouvrent l'accès du second échelon : la nécessité d'une échographie, pratiquée généralement en milieu hospitalier, signifie implicitement au regard de l'obstétricien la présence d'un risque pathologique accru. La liste VIL considère que l'indication « *suspicion d'anomalies fœtales* » relève de la catégorie B, c'est-à-dire d'une catégorie « indécise » ; il est possible que, dans le cadre d'une entente existant au niveau local entre des sages-femmes et des obstétriciens, certaines femmes soient adressées à l'obstétricien avec le conseil de poursuivre avec lui le suivi de leur grossesse.

Pour ce qui concerne les accouchements, le tableau idéal de l'obstétrique néerlandaise doit être nuancé. Il apparaît ainsi que, entre 1989 et 1993, le pourcentage des femmes ayant fait l'objet d'un renvoi sur le deuxième échelon, et en particulier pendant l'accouchement, pour des raisons de « *progression insuffisante du travail de dilatation* » a augmenté : il est passé pour les primipares de 19,3% à 20,9%, et, pour les multipares, de 9,8% à 12,8%)¹⁶. Ces pourcentages accusent des fluctuations d'une région à l'autre, ce qui met en évidence l'importance du rôle des sages-femmes. Certaines d'entre elles invoquent la lourde pression à laquelle elles sont soumises dans leur travail, et qui les amène à être moins patientes qu'auparavant. Pour d'autres, il faut voir là la conséquence du développement de l'accouchement ambulatoire : le fait qu'à l'hôpital les spécialistes et le matériel soient présents dans l'environnement immédiat peut accroître la tentation

¹⁶ SIG, 1993, p. 74.

d'y recourir, et / ou la sage-femme peut se sentir moins à l'aise en milieu hospitalier qu'au domicile de la cliente. Dans une autre étude, nous avons évoqué la possibilité selon laquelle le fait que le suivi de la femme enceinte soit de plus en plus pris en charge par des acteurs différents et plus nombreux que par le passé tend à conditionner les femmes comme les sages-femmes à des dispositifs plus vastes et plus complexes que ceux qui sont disponibles à la maison¹⁷. Ainsi, l'élargissement des possibilités offertes dans le cadre d'une grossesse prédisposerait les femmes enceintes et les praticiennes à s'orienter vers l'accouchement en milieu hospitalier que vers la naissance à domicile ; nous verrons dans la suite qu'en pratique, il semble que cet élargissement n'est pas suffisant en soi pour expliquer le glissement observé du domicile vers l'hôpital : cela semble dépendre beaucoup de la manière dont la sage-femme articule son action avec celle des autres et dont elle « tient » la trajectoire de la femme.

Toutefois, ces tendances qui menacent l'organisation néerlandaise caractérisée par un fort taux d'accouchements à domicile sont contrebalancées par d'autres mouvements. Il s'avère que les femmes et les sages-femmes disposent d'une série de techniques et de connaissances qui leur permettent de renforcer les probabilités d'accouchement de premier échelon, même lorsque d'après la liste VIL, la cliente devrait être orientée sur le deuxième échelon. Par exemple, lorsqu'un accouchement se déclare à un moment situé entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaines de gestation, rien n'empêche qu'il ait lieu à domicile. Or, la menace d'accouchement prématuré figure dans la catégorie C des indications médicales, au même titre que la grossesse prolongée (supérieure à 42 semaines). Quoiqu'il en soit, la limite des 42 semaines constitue, dans la pratique, un seuil flexible. Si les 42 semaines de grossesse sont atteintes un vendredi, la sage-femme peut conseiller à sa cliente de prendre rendez-vous à l'hôpital pour le lundi suivant, en espérant que l'accouchement commence entre temps. Il se peut également que la femme soit envoyée à l'hôpital pour un check-up (monitoring fœtal), après quoi, dans la mesure où tout est normal, on lui recommande de rentrer chez elle, et éventuellement, de revenir le lundi, si le bébé n'est pas né entre temps. Il peut arriver ainsi qu'en suivant scrupuleusement la liste VIL l'on demande à une femme de se présenter le lundi matin pour accoucher à l'hôpital - à 42 semaines + 3 jours -, et qu'en fin de compte, le bébé naisse dans l'intervalle, à la maison. Il existe divers moyens, que les sages-femmes connaissent bien, pour stimuler l'accouchement dans ces cas-là : sollicitation du col, rupture artificielle de la poche des eaux, huile de ricin, remèdes homéopathiques, ou rapports sexuels.¹⁸. Ainsi le seuil des 42 semaines peut très bien être franchi, et l'accouchement se déclarer, spontanément, ou à la suite d'une stimulation en ce sens.

¹⁷ Pasveer, B. & M. Akrich, 1998.

¹⁸ Manders, N & A. Schooltink (1998), Interventies bij dreigende serotiniteit. *Tijdschrift voor verloskundigen*, 22, 4, 686-692.

Cette pratique qui consiste à faire reculer les limites de la VIL au maximum est loin d'être camouflée ou tenue secrète : récemment, une sage-femme a réussi ses examens de fin d'études en présentant un mémoire dont le sujet était le suivi en premier échelon de femmes qui, en raison de leur âge et de leur situation par rapport à la liste VIL, devraient normalement relever du deuxième échelon. On se rend compte qu'en pratique, le maintien à domicile d'un accouchement ou son renvoi vers l'hôpital ne procède pas d'une logique totalement rigidifiée.

Penchons-nous de plus près sur la question de l'accouchement à domicile. Nous en connaissons certes les limites formelles, à travers les techniques et les instruments dont dispose la sage-femme, mais il est difficile d'évaluer ce que celle-ci est en mesure de proposer concrètement, en termes d'assistance à l'enfantement. Habituellement, la sage-femme informe sa cliente de ce qu'elle doit faire lorsque le travail commence, et notamment elle lui demande de l'appeler en cas de doute, ou dès le moment où les contractions apparaissent toutes les cinq minutes, qu'il s'agisse d'un accouchement ambulatoire ou d'une naissance à domicile. A ce stade, la sage-femme, dans la plupart des cas, vient alors au domicile de sa cliente, et, en fonction du résultat de la visite, elle décide de rester ou de repartir ; si l'accouchement a été planifié en ambulatoire, la praticienne peut, à ce moment-là, conseiller à la jeune femme de se rendre à l'hôpital. Lors de cette première visite, la sage-femme procède en général à un examen interne, et à une vérification du rythme cardiaque du bébé.

D'un point de vue plus général, la progression de l'accouchement, lorsqu'il se déroule à domicile, s'appuie sur des « *instruments* » qui relèvent à la fois de l'obstétrique et du cadre familial¹⁹. Ainsi, la sage-femme, à intervalles réguliers, écoute le cœur du bébé avec un doppler, elle pratique des examens internes, mais s'en tiendra au strict nécessaire dès lors que les membranes se seront rompues. Elle apporte ses instruments spécifiques permettant, le cas échéant, de procéder à la rupture de la poche des eaux, d'administrer une anesthésie locale pour recoudre une épisiotomie ou une déchirure, d'effectuer des points de suture, de couper le cordon ombilical, de peser et de mesurer le nouveau-né. On peut aussi considérer que le dispositif de l'accouchement à domicile, relève en quelque sorte de la mobilisation d'une femme, d'une sage-femme, et

¹⁹ Concernant le choix des femmes en faveur de l'accouchement à domicile ou à l'hôpital, voir Wieger, T. & Berghs (1994), *Accouchement à domicile ou accouchement ambulatoire ?*, Utrecht : NIVEL. Cette étude montre que pour les primipares, le choix en faveur de l'accouchement à l'hôpital ne constitue pas une sorte d'auto-sélection : les résultats obstétricaux et médicaux sont équivalents dans les deux cas ; les multipares, elles, en choisissant le cadre de leur accouchement, procèdent effectivement à une sorte d'auto-sélection. Celles dont l'anamnèse met certains problèmes en évidence, tendent à préférer l'hôpital plus souvent que celles qui n'ont pas d'antécédents de cet ordre ; et les résultats sont alors meilleurs si l'accouchement a lieu à la maison. En outre, l'étude met en évidence que les sages-femmes ne jouent pas un rôle décisif dans le choix des femmes, qui s'en réfèrent plus volontiers à d'autres femmes.

d'un partenaire, et de la présence casuelle de divers objets familiaux, qui, tous, dans une synergie à la fois physique et relationnelle, s'emploient à faire mener à bien le processus de la naissance. A la maison, on ne dispose pas de monitoring électronique pour mesurer les battements cardiaques du bébé ou les contractions du la maman, on ne peut pas déclencher un accouchement ou injecter une anesthésie péridurale. Ce sont là des techniques médicales qui, au même titre que d'autres interventions, ne peuvent être pratiquées que pour des indications définies, en milieu hospitalier et sous la direction d'un obstétricien. La présence d'indications de ce type renvoie l'accouchement au niveau du deuxième échelon.

La durée du travail de dilatation n'est pas soumise à une limite stricte. Le travail doit commencer dans les 24 heures qui suivent la rupture de la poche des eaux, voire même dans les 48 heures pour certaines sages-femmes, mais sa durée, elle, ne fait l'objet d'aucune restriction particulière : tant que l'accouchement est normal, et que le bébé va bien, le travail de dilatation peut prendre le temps qui lui est nécessaire. Cependant, il apparaît que les sages-femmes sont de plus en plus nombreuses à faire hospitaliser leur cliente pour « *absence de progression de la dilatation* ». Dans son numéro de janvier 1997, *Le Journal des Sages-femmes (Tijdschrift voor Verloskundigen)* lance le débat : hospitaliser une cliente pour travail insuffisant, avant qu'elle n'atteigne une dilatation de quatre centimètres, est une erreur. On sait en effet que le travail s'effectue en deux phases : l'une latente, l'autre, active : pour une sage-femme engagée dans le débat, il n'y a que dans la phase active que l'on puisse envisager la progression insuffisante comme une raison de s'interroger : « *S'agit-il ici d'une complication, ou de l'influence négative que la peur de la douleur, ou que la peur du caractère inconnu de ce qui va arriver, peuvent avoir sur le travail ? Ce n'est qu'au cas par cas que l'on peut juger si la faible progression de la dilatation n'est qu'une simple variante de la normale, ou si elle justifie un renvoi sur le deuxième échelon.* »²⁰. « *S'en tenir strictement à une limite ou à une échéance pour hospitaliser ou pour intervenir est une erreur* », confirme un obstétricien. « *Il ne peut pas exister de définition objective et strictement scientifique de la normalité ou de la lenteur dans la progression de la dilatation. Mais on peut se baser sur une définition pratique et personnalisée : l'évolution du travail doit être telle que la femme puisse, compte tenu de sa condition physique et mentale, parvenir progressivement à une dilatation totale, tout en gardant assez de forces pour pousser et mettre son enfant au monde*²¹ ». Tous s'accordent à dire que le travail se met en place suivant un processus ambigu, et qu'il est important que la femme sache que

²⁰ Prins, M. (1997), L'hospitalisation pour non-progression de la dilatation avant 4 centimètres est une erreur. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 21, 1, 36.

²¹ Reuwer, P.J.H.M. (1997), L'hospitalisation pour non-progression de la dilatation avant 4 centimètres est une erreur. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 21, 1, 41.

*« l'apparition de contractions de moyenne intensité associées à une dilatation de 1 centimètre, ne suffisent souvent pas à signifier ... que le travail a réellement commencé. »*²²

Pour ce qui concerne la dernière étape du travail – l'expulsion – les limites de durée prescrites sont plus strictes : deux heures maximum pour une primipare, une heure pour une multipare. Il est généralement admis qu'une durée excessive de l'expulsion résulte ou crée des situations pathologiques. Si, par exemple, s'agissant d'une primipare accouchant à domicile, le processus d'expulsion dure depuis déjà 90 minutes, la sage-femme peut commencer à mentionner la possibilité d'aller à l'hôpital, et, après une dizaine de minutes, appeler une ambulance pour faire transporter sa cliente. Ce qui ne signifie pas nécessairement que l'accouchement relève désormais du deuxième échelon : seul le cours des événements en décidera. Si la femme parvient à mettre son bébé au monde assez rapidement et sans avoir besoin de soins particuliers, elle est maintenue au niveau du premier échelon. Si, au contraire, on doit faire appel à l'obstétricien pour une intervention au forceps, ou si l'accouchement nécessite l'utilisation du monitoring fœtal ou l'injection d'une péridurale, la responsabilité en est transférée de la sage-femme à l'obstétricien, et du premier vers le deuxième échelon.

Ce qui nous amène à l'accouchement ambulatoire. On dit souvent que la différence entre l'accouchement à domicile et l'accouchement ambulatoire n'est qu'une question de cadre. Et il est vrai qu'il existe une certaine ressemblance entre les deux dispositifs. Mais les sages-femmes s'efforcent de bien informer leur clientes sur le fait que si elles choisissent l'accouchement ambulatoire, cela ne signifie pas pour autant qu'elles entreront à l'hôpital dès les premières manifestations des douleurs. Il est plus juste de dire que l'accouchement ambulatoire commence à la maison et avec la sage-femme, et qu'il s'y déroule jusqu'à ce que la dilatation atteigne 6 à 7 centimètres. On considère qu'à ce stade, la « qualité » des contractions est telle que leur efficacité risque peu d'être anéantie par une transition (transport en voiture, attente à l'hôpital, installation dans la salle de naissance, etc.), alors que le danger d'entamer l'efficacité du travail est bien réel si l'on anticipe ce transfert : on risque alors de devoir déclencher l'accouchement, et ce faisant, d'évoluer vers le deuxième échelon. Ce qui se passe autour de la première phase du travail est similaire dans l'accouchement ambulatoire et l'accouchement à domicile. Une fois que la femme a appelé sa sage-femme, celle-ci peut décider d'aller la voir, d'évaluer le niveau de la dilatation, de vérifier les pulsations cardiaques du bébé, et, éventuellement, de repartir, en laissant la consigne de la rappeler et de se préparer pour le transfert à l'hôpital dès que les contractions deviennent proches de l'insupportable. Evidemment, ce transfert modifie complètement le caractère de l'événement – mais nous verrons plus loin que dans l'accouchement à domicile, c'est

²² Hulst, L. van der (1997). Vroedvrouwen casus. Wanneer is « lang » ook « te lang » ? Twee casus van Joke Koelewijn. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 21, 1, 42.

souvent à ce même stade que la sage-femme demande à sa cliente de changer de position et de se préparer à la phase de l'expulsion : c'est là aussi une forme de transition.

Une fois arrivées à l'hôpital, c'est la sage-femme qui dirige l'accouchement. Elle n'a recours qu'aux instruments dont elle pourrait aussi se servir dans un accouchement à domicile. Cependant, du fait de leur proximité et de leur disponibilité, même relative, la tentation est grande de recourir au matériel médical, ou de demander un contrôle ou un avis de l'obstétricien. Tant que l'accouchement se déroule sous la direction de la sage-femme, et qu'aucune modification substantielle des moyens mis en œuvre n'intervient, l'examen ponctuel pratiqué par un spécialiste ne transforme pas l'événement en un cas du deuxième échelon. Mais il est clair que si des interventions de ce type sont exclues dans les accouchements à domicile - puisqu'on ne dispose sur place ni de technologies ni de personnel qualifiés - elles répondent souvent à des situations qui parviennent à se résoudre d'elles-mêmes. Les sages-femmes mentionnent le fait que les hôpitaux induisent souvent un autre rythme, une ambiance différente. L'intimité de cet événement qui associe une femme, un mari, et une sage-femme disparaît dans une situation qui, en la présence d'infirmières et d'autres patients, perd beaucoup de son caractère privé.

Ces dernières années, les hôpitaux se sont quelque peu mobilisés pour améliorer l'atmosphère froide et « clinique » des services de maternité. Le blanc « médical » des murs a été remplacé par des couleurs pastel, et les femmes peuvent désormais apporter des bougies, de la musique, ou tout autre accessoire de leur choix - y compris, parfois, des pièces de mobilier - dont elles pensent pouvoir retirer un certain réconfort pendant le travail. Ainsi, certains hôpitaux d'Amsterdam disposent de fauteuils spécialement conçus pour la phase des douleurs, d'autres proposent l'accouchement dans l'eau, et presque tous offrent la possibilité d'utiliser le *baarkruk* (le tabouret de naissance). Outre le bénéfice purement obstétrical que de telles libertés procurent, il s'agit parfois aussi de bénéfice d'ordre économique : ces possibilités particulières permettent d'attirer une clientèle plus importante.

Quelques heures après la naissance, une fois que l'on s'est assuré qu'ils se portent bien, la mère et l'enfant peuvent rentrer chez eux. Si le bébé est né pendant la soirée ou la nuit, il faut attendre le lendemain matin pour quitter la maternité : la sage-femme laisse alors sa cliente et le bébé de celle-ci sous la responsabilité de l'hôpital, qui peut, s'il le juge nécessaire, demander une prolongation de leur séjour. Voici un exemple illustratif de ce cas de figure : il concerne une jeune femme qui a accouché de son premier enfant à l'hôpital, assistée de sa sage-femme. Elle exprime son mécontentement devant la manière dont elle-même et son nouveau-né ont été traités, après le départ de la sage-femme.

« Ils m'ont pris Jan, parce que, à ce qu'ils disaient, son rythme cardiaque était trop faible. Alors, après avoir vécu un accouchement difficile, on m'a pris mon bébé, et

j'ai dû attendre plusieurs heures avant qu'on ne me le rende. Puis, comme ils trouvaient que son taux de glycémie était trop bas, ils lui ont donné des biberons d'eau sucrée et de lait maternisé, ce qui n'a pas facilité la montée de lait. Je n'avais même pas le droit de l'allaiter, parce qu'ils trouvaient que cela lui était trop difficile, alors que lui-même voulait téter ! De plus, certaines normes, comme le taux de sucre, par exemple, sont fixées de façon arbitraire, et elles varient d'un hôpital à l'autre. Si je devais avoir un autre enfant, à l'hôpital, et qu'on voulait garder le bébé pour la simple raison d'une insuffisance dans le taux de glycémie, je répondrais tout simplement : c'est hors de question, je rentre chez moi avec mon bébé, et vous vous débrouillez ! Il y a encore quantité de choses qui se passent à l'hôpital et que je n'accepterais plus aujourd'hui» [entretien - novembre 1996].

Ainsi, dans la pratique, la naissance à l'hôpital, dans le cadre du premier échelon, peut revêtir tous les caractères, allant de ceux de l'accouchement à domicile à ceux de l'accouchement purement clinique : tout dépend de la configuration spécifique de chaque accouchement et de chaque hôpital. Pourtant, comme nous l'avons déjà évoqué, les sages-femmes considèrent que la similitude entre l'accouchement à domicile et l'accouchement en maternité, telle qu'elle est suggérée par l'expression populaire selon laquelle « *l'accouchement ambulatoire est un accouchement à domicile ailleurs* » tend plus ou moins à s'effacer. Elles mettent en avant le fait que leur expérience comme la recherche scientifique ont montré que l'accouchement ambulatoire est plus exposé aux interventions médicales. Pour elles, à l'hôpital, le temps joue un rôle différent :

« Lorsque je suis au domicile d'une cliente, il m'arrive de rester sur le canapé, de lire un livre, ou de faire un somme. Je profite de l'ambiance. Mais à l'hôpital, tout est différent. Je ne peux pas m'assoupir, il y a des pendules partout, des gens qui courent dans tous les sens, des bruits ... Alors je me mets à faire attention au temps qui s'écoule, et je m'interroge : qu'est-ce qui peut bien faire durer cet accouchement si longtemps ? ! Et si je demandais au gynécologue de jeter un coup d'œil ? ! » [entretien sage-femme IH, 1998].

La proximité du deuxième échelon – l'appareillage, les professionnels, le climat qui y règne – exerce une certaine séduction. Là où, à la maison, un problème particulier, tel que la « progression insuffisante de la dilatation » serait traité par des mesures simples – prendre une douche, changer de position, trouver un autre rythme de respiration – il est particulièrement susceptible, en hôpital, d'être pris en charge (temporairement) par le professionnel et l'infrastructure technologique disponibles sur place. Lorsque l'on se penche sur les relations entre résultats obstétricaux et paramètres organisationnels (lieu d'accouchement, techniques utilisées, professionnels impliqués), on constate que chaque nouvelle forme d'organisation produit en pratique une nouvelle définition du normal, du pathologique et de la frontière entre les deux. Plus spécifiquement, certaines recherches ont montré que l'accouchement de premier échelon court un risque

d'intervention médicale plus élevé en milieu hospitalier qu'à domicile, et suggèrent à ce titre qu'il vaut mieux, pour les femmes en bonne santé, accoucher chez soi²³.

Nous voyons donc que le système, dans sa mise en œuvre, produit un grand nombre d'ambiguïtés, mais qu'il ne dispose pas de règles pour y répondre. Il en découle une forme de déséquilibre dans les orientations possibles : ainsi, il peut arriver qu'une grossesse à faible risque soit prise en charge au niveau du deuxième échelon. Le cas inverse est très rare – bien que la notion de « risque » fasse l'objet de négociations, et qu'elle ne soit pas envisagée comme une évidence : c'est ce que prouvent l'existence en elle-même de la liste VII, ainsi que le fait que certaines indications aient pu changer de catégories de risques.

La possibilité de pouvoir choisir entre l'accouchement ambulatoire et l'accouchement à domicile, soutenue par l'idée que les deux formes ne diffèrent que par leur cadre, et que le choix est donc neutre, porte bien plus à conséquence qu'initialement prévu. Les hôpitaux hébergent des spécialistes, des technologies médicales, et les services de maternité constituent une partie de l'importante infrastructure qui finit toujours par s'imposer, dès lors que les murs en ont été franchis. Les femmes relevant du premier échelon qui ont choisi d'accoucher en ambulatoire sont plus nombreuses à terminer leur accouchement dans le deuxième échelon, que celles qui ont opté pour l'accouchement à domicile. Et bien qu'il ne faille pas écarter ici un certain processus d'auto-sélection du risque, il ne fait aucun doute que l'environnement de l'hôpital ouvre la voie vers le dispositif obstétrical et son utilisation.

Il est clair que tout au long de la grossesse et de la naissance, des moyens peuvent être mis en œuvre pour éviter à la femme de se retrouver, même temporairement, dans le deuxième échelon, ou au contraire pour l'orienter dans cette direction. En passant à un examen concret des pratiques des sages-femmes, nous tenterons de faire ressortir la manière dont celles-ci modèlent l'obstétrique, telle qu'elle se présente actuellement. Et dans la dernière partie, nous nous pencherons sur la façon dont se traduit l'obstétrique dans les récits que les femmes font de leur grossesse et de leur accouchement. A la suite de quoi, nous pourrions mettre évidence les autres ambiguïtés, et non des moins surprenantes, qui existent dans le système obstétrical néerlandais.

²³ Damstra-Wijmenga, S. (1982). *Veilig bevallen, een vergelijkende studie tussen de thuisbevalling en de klinische bevalling* (Accoucher en toute sécurité : étude comparative de l'accouchement en milieu hospitalier et l'accouchement à domicile). Groningen ; Pel, M. & Heres, M. H. B. (1995). *OBINT. A study of Obstetric Intervention*. Amsterdam : PhD thesis UvA ; wiegers, T. (1997). *Home or Hospital birth*. Amsterdam : PhD Theisis UvA.

3. LES PRATIQUES DES SAGES-FEMMES, OU DES MULTIPLES TRADUCTIONS DU MODÈLE

Nous avons évoqué jusqu'ici la manière dont l'obstétrique hollandaise se présente à ses clientes potentielles : un principe de faible risque associé à la grossesse et la naissance ; une offre de soins adaptée à des situations et à des événements particuliers et prédéfinis ; et enfin, un système et une série de pratiques qui, à travers une combinaison particulière d'actions médicales, technologiques, et personnalisées, sont en mesure d'offrir à leurs clientes le parcours le moins interventionniste possible. Nous avons également vu comment la classification des grossesses et / ou des naissances en différentes catégories de risque peut varier selon le type d'assurance maladie souscrite, la qualité des relations entre les institutions et les auxiliaires de soins du premier et du second échelons, et probablement aussi en fonction des relations entre la sage-femme et sa cliente. Ce qui nous a amené à nous interroger sur la notion d'intervention minimale. Autre facteur, la condition physique de la future maman – sa santé et celle de son bébé – est un facteur déterminant dans l'orientation qu'elle suit.

La relation de la femme enceinte à l'obstétrique passe généralement par l'intermédiaire de la sage-femme. Si l'on considère la littérature internationale traitant de l'obstétrique néerlandaise, l'on serait tenté de penser que les sages-femmes indépendantes pratiquent toutes l'obstétrique de manière semblable. Or, les chiffres montrent que les taux d'accouchements à domicile et de renvoi sur des structures médicales connaissent des variations significatives d'une région à l'autre²⁴ et d'un cabinet à l'autre²⁵. Ce qui montre que loin de présenter une totale uniformité, les pratiques individuelles²⁶ et régionales se distinguent au point de créer de vraies différences, sensibles tant du point de vue de l'organisation générale de l'obstétrique que de celui de l'expérience que peut faire chaque femme. Les sages-femmes et les différents agents obstétricaux ne sont ni des intermédiaires neutres, ni des sujets idiosyncratiques. Dans la suite, nous étudierons la manière dont les sages-femmes pratiquent leur métier et dont elles se situent à l'intérieur du système de soins ; au travers des témoignages de leurs clientes, nous nous intéresserons à la façon dont elles définissent la grossesse et l'accouchement.

²⁴ Hingstamn, L. & H. Boon (1988), *Obstetric care in the Netherlands : regional differences in home delivery*, *Soc. Sci. Medicine*, 26, 71.

²⁵ Voir également Wiegers, Trees (1997). *Home or Hospital Birth*. Utrecht : Nivel, chapitre 8.

²⁶ Aucune dichotomie, ici : la sage-femme est considérée comme un individu impliqué dans le dispositif de la naissance, puisqu'elle en est une des co-exécutantes. On peut encore dire qu'elle participe du collectif à la fois en tant que personne individuelle, et en tant qu'agent obstétrical, ce qui explique l'importance de sa situation ; en outre, sa façon de procéder évolue suivant le déroulement de chaque accouchement.

Jusqu'à présent, nous avons décrit le fonctionnement théorique de l'obstétrique qui repose sur une définition largement partagée de ce que doivent être les trajectoires des femmes enceintes, autrement dit qui installe des *filieres a priori*, de manière beaucoup plus évidente qu'en France. La question est alors de savoir comment ces trajectoires théoriques déterminent les trajectoires effectives des femmes durant leur grossesse et leur accouchement. Aux Pays-Bas, les sages-femmes sont au centre des pratiques obstétricales appliquées à la physiologie : c'est au travers de leur activité quotidienne que la physiologie se voit conférer une existence propre. Comme nous l'avons déjà souligné (Akrich & Pasveer 1996a), le travail des sages-femmes néerlandaises a ceci de paradoxal qu'elles doivent à la fois être les médiatrices principales de l'obstétrique dans le parcours des femmes enceintes et des parturientes et en même temps, laisser ce travail médical, obstétrical le plus possible à l'arrière-plan dans leurs relations avec les femmes.

Dans cette partie, nous nous pencherons sur la manière dont les sages-femmes s'acquittent de leur tâche : comment travaillent-elles en général, dans quelle mesure est-il possible de faire des différences entre les sages-femmes ? Ces éventuelles différences se ressentent-elles dans la pratique de l'obstétrique ? Dans la partie suivante, nous analyserons des témoignages d'un certain nombre de femmes sur la grossesse et l'accouchement, afin d'étudier de quelle manière leur expérience personnelle a intégré la dimension obstétricale.

Le matériau empirique a été collecté de la manière suivante : nous avons à deux reprises interrogé trois sages-femmes, dont nous avons également suivi les consultations. En outre, un questionnaire leur a été proposé, auquel l'une a répondu par courrier, et la deuxième, par téléphone ; la troisième n'a pas donné suite. La première sage-femme travaille seule, dans son propre cabinet, dans une région rurale du centre est du pays ; nous l'appellerons « *Rianne* ». ²⁷ La seconde, « *Lineke* » partage un cabinet avec deux consœurs au cœur d'une grande ville de l'ouest. La troisième, « *Janine* », est établie avec une autre sage-femme dans une ville moyenne du sud. Nous choisis ces cabinets parce qu'ils nous permettaient de créer des contrastes tant du point de vue de l'environnement (milieu rural, milieu urbain), que du point de vue de leur mode de fonctionnement (sage-femme exerçant seule, cabinet collectif) ou des statistiques régionales en matière obstétricale : Rianne tient un cabinet « de campagne », dans une

²⁷ Nous adoptons ici une pratique néerlandaise qui consiste à appeler la sage-femme par son prénom. Etant donné que la relation entre celle-ci et la future maman est amenée à durer un certain temps, qu'elle est supposée être agréable et familière, et enfin, que les deux protagonistes sont généralement assez jeunes (moins de 40 ans – bien que, naturellement, ce ne soit pas la règle), les sages-femmes ont pour habitude de se présenter à leurs clientes par leur prénom. Le tutoiement mutuel est généralement de mise.

région où le taux de naissances à domicile est traditionnellement très élevé ; Lineke est dans un cabinet de grande ville, dans laquelle le taux de naissances à domicile correspond à la moyenne nationale, alors que Janine travaille dans une région dans laquelle les taux de renvois vers le second échelon sont plus élevés que partout ailleurs, son cabinet ne faisant pas exception à cette règle régionale.

Dans une étude que nous avons menée précédemment²⁸, il était apparu que la mise en exergue des différences radicales existant entre pays (et notamment entre la France et les Pays-Bas) tendait à occulter certains éléments intéressants. D'une part, il existe, au sein d'un même pays, une variété plus ou moins importante dans la manière dont l'obstétrique est abordée. D'autre part, cette variété peut être significative du fonctionnement de l'obstétrique, tant à l'intérieur des différents systèmes qu'entre eux.

Nous n'avons pas de données exactes concernant le nombre annuel de clientes pour chaque cabinet. Une sage-femme est supposée pouvoir atteindre un nombre maximum de 150 accouchements, mais ce chiffre est considéré par la plupart comme bien trop élevé – il faut tenir compte de ce que chaque grossesse génère de 12 à 15 consultations, que la sage-femme est présente à tous les accouchements, y compris durant la période de « travail » pendant laquelle elle assure les soins anténataux. Elle est rémunérée au forfait (3500 F.), et dans le cas où la parturiente est orientée vers l'hôpital, même en fin d'accouchement, elle ne perçoit plus que les honoraires des consultations prénatales : l'hôpital facture alors (bien plus lourdement) les frais d'accouchement à sa place. Il est généralement admis que leurs faibles revenus associés à la forte pression qu'elles éprouvent dans leur travail obligent plus ou moins les sages-femmes à atteindre le chiffre de 150 naissances annuelles ; parallèlement, ce nombre génère une charge de travail trop importante, pour une rémunération bien trop faible.

3.1. « Rianne »

Rianne travaille seule dans son cabinet, dans un village de l'est du pays. Son habilitation couvre la région du village, ainsi qu'une zone spécifiquement définie dans les environs. Il n'y a pas d'autre cabinet dans cette circonscription, de sorte que pour les femmes habitant la région, elle est la seule sage-femme disponible : les seules alternatives étant représentées par le généraliste, ou un autre cabinet, bien plus éloigné. Les nouvelles sages-femmes ne peuvent pas s'établir où bon leur semble : la Société Royale Néerlandaise d'Obstétrique (KNOV), a mis en place une politique, qui s'appuie en particulier sur le nombre estimé de grossesses et de naissances à venir. Le nombre annuel des clientes de Rianne – 150 à 200 personnes – exclut, dans cette région, toute possibilité d'installation pour un nouveau cabinet.

²⁸ Cf. les différentes études et analyses menées par MA et BP

Rianne fait état de statistiques stables : 70% de naissances à domicile, 25% en milieu spécialisé, et 5% en ambulatoire (« à la demande des femmes »)²⁹. A la question de savoir si ces taux avaient connu des variations récentes, sa réponse a été la suivante :

« Pas dans mon cabinet. Mais si ailleurs, le taux de naissance à domicile diminue, c'est à cause de l'influence de la société en général. Et si le pourcentage de naissances en milieu hospitalier a augmenté, pas chez moi, certes, mais globalement, c'est parce que, dans les cas de dilatation lente, entre autres, les sages-femmes renvoient plus rapidement qu'avant la personne vers l'hôpital. Même le ministre souhaite mettre un frein à cette tendance. Les sages-femmes doivent réapprendre la patience. »

La première consultation commence avec un historique détaillé du passé médical et obstétrique de la cliente. A partir de là, les consultations (de 12 à 15 au total, avec une fréquence plus rapprochée en fin de grossesse), se composent presque essentiellement de longues conversations sur des sujets de tous les jours, tels le temps qu'il fait, la fermeture d'un magasin dans le village, la vie autour de la ferme, etc. L'attention n'est pas particulièrement portée sur la grossesse, et l'accouchement n'est pas non plus le thème central de la conversation. Rianne demande effectivement comment se porte sa cliente et si elle sent le fœtus bouger, mais elle ne porte pas une attention particulièrement marquée aux différents tests et examens. Elle vérifie les urines à chaque consultation (« elles le demandent, elles trouvent que ce test fait partie de la visite, alors je le fais »), elle pèse la femme, elle prend sa tension, examine son ventre en le palpant, pour vérifier la position du bébé et la présence de liquide amniotique, elle le mesure au mètre ruban pour s'assurer de la croissance du fœtus, et elle écoute le cœur du bébé avec un doppler, de sorte que la future maman peut l'entendre, elle aussi. Rianne termine la consultation en déclarant « ça va », ou « tout va bien », ou encore « il grandit bien ». La durée prévue des visites est de 20 minutes, mais, en fait, elle en atteint plutôt 30. Rianne ne pose pratiquement jamais de questions, et ne fournit pas d'informations de sa propre initiative. Ce n'est que lorsque la cliente se plaint de quelque chose en particulier, ou qu'elle pose des questions spécifiques, que la sage-femme apporte des réponses spécifiques. « Bonjour ! Tu as l'air fatiguée. Tu te sens fatiguée, aussi ? Nous allons vérifier ton sang ... Ah oui, il est temps de se mettre aux épinards, et aux comprimés de fer ... je vais te donner une ordonnance ».

Les résultats des différents tests sont reportés sur un carnet de grossesse, dont la cliente conserve une copie. Ces données, comme les comptes-rendus des accouchements, doivent impérativement être conservés pendant dix ans. Après l'accouchement, la sage-femme doit également compléter un formulaire et le renvoyer

²⁹ Sauf indications contraires, les données proviennent d'entretiens oraux ou écrits avec la sage-femme dont il est question.

au SIG, un service de la Direction de la Santé. Les résultats sont ensuite analysés statistiquement, et constituent les données qui permettent d'étudier les tendances des soins obstétricaux de premier et de second échelon.

Rianne est fermement et explicitement favorable à l'accouchement à domicile, et à la non-médicalisation de la grossesse et de la naissance. C'est en maintenant l'aspect obstétrical de son travail au second plan, qu'elle peut asseoir ses positions : elle évite par exemple d'envoyer ses clientes à l'hôpital pour des échographies de routine, ou encore, c'est elle qui effectue les prélèvements sanguins qu'elle envoie ensuite au laboratoire (au lieu de les faire exécuter à l'hôpital).

« Une femme en bonne santé n'a rien à faire dans un hôpital. Imaginez-la, attendant son échographie, assise parmi toutes ces autres femmes qui elles, sont visiblement atteintes d'une pathologie ; à quoi pense-t-elle ? Elle commence à s'inquiéter, bien sûr. »

Pour Rianne, l'obstétrique aux Pays-Bas subit la menace des technologies du diagnostic anténatal, alors que *« les femmes devraient apprendre à connaître leur propre corps. Elles sont entièrement capables de sentir si tout va bien, ou s'il se passe quelque chose d'anormal »*. Elle considère que les sages-femmes devraient continuer à faire confiance à leur expérience, à leurs mains, à leurs qualités d'observation, à leur manière tactile de prodiguer des soins qui relèvent à la fois du social et du médical.

Lorsqu'une femme se montre réticente par rapport aux positions prises par Rianne, celle-ci tente de la convaincre. Si, par exemple, une cliente souhaite une échographie, Rianne lui expliquera les raisons de sa désapprobation, mais accordera finalement l'examen si la personne insiste. Il est arrivé qu'une femme, au cours de la consultation, aborde le sujet du lieu de l'accouchement. Elle était encore loin du terme, mais apparemment, elle éprouvait le besoin d'aborder la question³⁰. Elle voulait un accouchement ambulatoire, car, disait-elle, *« elle avait un lit à eau, qu'elle ne voulait pas accoucher dessus, et qu'il n'était pas non plus pratique pour la sage-femme »*. Pour Rianne, de toute évidence ce n'était pas là la véritable raison qui motivait le choix de l'accouchement à l'hôpital, et elle se mit en quête d'autres possibilités : occuper une éventuelle chambre d'amis, installer des matelas sur ou sous le lit à eau, pour plus de stabilité et de hauteur ... Mais bien que la cliente ne le dise pas explicitement, elle n'était manifestement pas convaincue du répertoire de possibilités avancées par Rianne. La discussion se termina sur la proposition de Rianne : *« Tu sais ce que nous allons faire : nous allons nous donner du temps avant de prendre une décision. Il nous reste encore cinq mois ... »*. Après le départ de la patiente, elle me dit : *« Elle va accoucher*

³⁰ Il ressort des entretiens avec un certain nombre de clientes de Rianne - voir plus bas -, qu'envisager avec elle la question du lieu de l'accouchement n'est pas chose aisée ; je comprends maintenant leur hâte et leur détermination à aborder le sujet.

chez elle, je te le dis ! Ses sœurs l'ont fait. Elle manque juste d'un peu de confiance à ce stade ». En général, à moins d'indications médicales nécessitant une échographie, un check-up gynécologique, ou un accouchement en milieu hospitalier, Rianne n'aborde même pas la question du lieu (hôpital ou domicile) : elle considère que la maison est l'option *a priori*. Mais s'il arrive, après un bilan gynécologique, que la cliente désire demeurer sous surveillance clinique, Rianne lui donne son point de vue sur ce souhait (qui n'est pas le meilleur pour une grossesse et un accouchement à faible risque), tout en respectant son choix. *« Elle verra bien si c'est la bonne solution ».*

Les relations avec l'un des deux hôpitaux de la région, et en particulier avec le pédiatre qui y travaille, ne sont pas des meilleures. Pour Rianne, les difficultés ressenties relèvent à la fois d'un style personnel et d'une politique obstétricale : son aversion ouverte à l'égard de la médicalisation des grossesses et des accouchements à faible risque lui vaut une certaine méfiance de la part des médecins. Et lorsqu'il lui arrive d'orienter une cliente vers l'hôpital, c'est, de préférence, vers le second établissement.

Comme elle exerce dans cette région depuis longtemps, elle est l'un des membres de la communauté villageoise, où il lui arrive souvent de rencontrer ses clientes : les relations de Rianne et de ces femmes dépassent de beaucoup le simple cadre de la consultation. Qu'elle le veuille ou non, elle est souvent amenée à connaître des événements personnels de leur vie. Il n'est pas rare qu'elle participe à la naissance de tous les enfants d'un même couple, et même à celle des enfants des autres femmes de la famille (*« si sa sœur a accouché très vite, je tiens compte du fait qu'il peut en aller de même pour elle. De sorte que je vais la voir dès le premier appel, ce que je ne fais pas, habituellement. »*). Elle se familiarise également avec l'environnement personnel de la cliente. Les consultations ont lieu dans le cabinet de Rianne, mais l'une des premières choses qu'elle fait, c'est d'aller voir la cliente chez elle.

« J'aime savoir comment on arrive chez elles. Dans cette région, les maisons sont très isolées, au bout d'un chemin de pierres, par exemple, et je ne veux absolument pas risquer de me perdre en pleine nuit, en sachant que le travail de ma cliente a déjà commencé. Mais c'est aussi parce que j'aime connaître leur cadre de vie, leur façon d'être chez elles ».

Comme partout ailleurs, et conformément à la politique de la santé mise en place, les sages-femmes de la région s'organisent pour mettre en place un système d'échanges d'expériences, afin d'améliorer la qualité des soins obstétricaux. Rianne fait partie du « Kring » (le Cercle) régional, où sont partagées des données et des informations sur la

prise en charge des clientes, où sont abordées des questions pratiques spécifiques, et où des mesures politiques peuvent être élaborées.³¹

3.2. « Lineke »

Avec une autre sage-femme, Lineke gère un cabinet situé sur une avenue très fréquentée du centre d'une grande ville de l'ouest. Cette ville propose un large éventail de cabinets, ce qui permet aux femmes d'effectuer leurs propres choix. La clientèle de Lineke est représentative d'une moyenne de la population urbaine : un certain nombre de femmes émigrées, une clientèle issue de toutes les catégories socioprofessionnelles.

Dans ce cabinet, les taux sont de 60% de naissances à domicile, et 40% en milieu hospitalier³². En 1998, 20% de leurs clientes ont été renvoyées sur des structures hospitalières au cours de la grossesse, et 35% l'ont été pendant l'accouchement. Ces pourcentages sont assez stables depuis quelques années. Le déroulement des consultations est le suivant : lors de la première visite, la sage-femme établit un historique extensif. Puis, à chaque consultation suivante, la sage-femme pose des questions (« *comment vas-tu ?* », « *comment va le bébé ?* », « *le sens-tu bouger ?* »), et procède à un certain nombre de mesures : poids, tension, palpation du ventre, évaluation de la croissance de l'utérus, écoute du cœur du bébé au doppler. L'atmosphère est en principe très agréable. En règle générale, c'est par l'examen du ventre (palpation et mesure, écoute du cœur du fœtus), que se termine la consultation, et Lineke dit alors : « *Bon, cet enfant va très bien* ». La conversation s'en tient strictement au sujet de la surveillance médicale de la mère et de l'enfant, et la grossesse est souvent abordée, tant par la sage-femme que par la cliente, comme une expérience particulière, pour laquelle il n'y a pas lieu de s'inquiéter outre mesure, mais au contraire, de se réjouir. En fin de consultation, Lineke demande expressément si la jeune femme, ou son partenaire, a des questions ou des préoccupations particulières. Ces visites durent en moyenne de 15 à 20 minutes. A 37 semaines de grossesse, la cliente reçoit un fascicule qui diffuse une information simple sur la conduite à suivre lorsque l'accouchement s'annonce :

« *A quel moment doit-on prévenir la sage-femme ?* »

³¹ Ces Cercles constituent d'importantes institutions intercollégiales. Une sage-femme qui avait connu un différend avec un pédiatre, au sujet du taux glycémique d'un nouveau-né, fait état d'une discussion au sein de son Cercle, à la suite de laquelle, deux de ses consœurs ont mené des recherches sur le sujet ; elles ont alors élaboré une politique, qui, après avoir été débattue avec les pédiatres, a défini à un protocole, « *Prévention de l'hypoglycémie* », accepté par tous les professionnels concernés.

³² En fait : sur 100 femmes qui sont sur le point d'accoucher, 60 commencent le travail chez elles, et 40 à l'hôpital.

A partir de la 37^{ème} semaine de grossesse, il est normal que l'accouchement se déclare. Mais si vous êtes dans l'une des situations suivantes, appelez immédiatement le numéro d'urgence :

Contractions :

Si vous les sentez depuis plusieurs heures, qu'elles sont régulières - une contraction toutes les 4-5 minutes - qu'elles durent environ une minute, et qu'elles sont douloureuses.

Perte des eaux :

Vérifiez leur couleur :

Si elles sont claires et que la tête du bébé est bien descendue, appelez-nous dans la journée ;

Si leur couleur tire sur le jaune, le vert, ou le brun, appelez-nous immédiatement.

Perte de sang :

C'est un phénomène normal, qui peut survenir quelques jours avant le début du travail.

Si la perte de sang est supérieure aux flux habituel des règles, appelez-nous.

Pour tout ce qui concerne l'accouchement, appelez-nous au numéro d'urgence ... Ce numéro est en service 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 ».

A partir de la deuxième visite, la cliente reçoit le double du carnet dans lequel la sage-femme consigne les résultats de chaque examen, ainsi que les indications de renvoi vers un spécialiste, ou les éléments concernant l'histoire individuelle de la personne. A l'époque où je suivais les consultations de Lineke, le partenaire d'une de ses clientes était incarcéré, et Lineke l'a noté brièvement dans le carnet. « *Ainsi, je me souviendrai bien, lorsque la date approchera, de lui demander si elle sera accompagnée ou non. Parce qu'il ne faut surtout pas qu'elle soit seule chez elle, pendant les contractions.* ».

Lineke n'envoie pas systématiquement ses clientes faire faire une échographie. Si la personne insiste, la sage-femme fait valoir que la technique est intéressante dans le cas d'un doute particulier, mais qu'en situation normale, l'échographie n'apporte rien à ce que la sage-femme a déjà pu diagnostiquer ; de plus, les services d'échographie sont engorgés par le grand nombre de femmes enceintes et en bonne santé qui veulent ces examens, ce qui ne fait que rallonger le temps d'attente pour celles dont les indications médicales sont bien réelles. Si la cliente persiste, elle obtient bien entendu son ordonnance pour une échographie. Récemment, deux sages-femmes ont ouvert un cabinet d'échographie, à deux pas de chez Lineke. Désormais, ses clientes ont donc le choix entre l'hôpital et ce cabinet pour leurs examens, solution qui leur évite un long détour, et qui garantit une bonne communication entre les deux entités : les dossiers ne sont plus archivés dans le centre, mais ils sont adressés directement à la sage-femme qui suit la grossesse. De plus, les deux sages-femmes qui pratiquent les échographies, le

font dans le cadre de la prise en charge du premier échelon, ce qui correspond bien aux préférences de Lineke et de nombre de ses consœurs.

La question de savoir si la jeune femme souhaite accoucher chez elle ou en milieu hospitalier n'est pas prédominante dans les consultations. Il arrive que Lineke pose la question, mais l'idée de base est plus « *nous verrons bien en temps voulu* » que « *il faut le décider à l'avance* »³³. De toute manière, lorsque la cliente marque une nette préférence pour l'accouchement en milieu hospitalier, Lineke envisage avec elle le parcours qu'elle devra suivre. Elle explique qu'un accouchement ambulatoire ne commence pas à l'hôpital mais à la maison, ce qui implique un transfert à 7 cm de dilatation ; elle s'efforce de relativiser l'idée préconçue selon laquelle « *à l'hôpital tout est prêt pour faire face à un éventuel problème* ». En effet, la nuit, les obstétriciens ne sont pas sur place, il faut les faire venir depuis leur domicile, ce qui prend autant de temps que le trajet domicile-hôpital que vient d'effectuer la cliente. Lineke, comme d'autres sages-femmes, pose explicitement l'hypothèse selon laquelle il est impossible de tout planifier, et elle insiste sur la nécessité de rester ouverte à toute alternative, s'il s'avère, durant les contractions, que le travail ne se déroule pas comme prévu.

« Je me souviens d'une femme, je crois qu'elle venait des Etats-Unis. Elle était très attachée à l'idée d'être suivie par une sage-femme. Mais lorsqu'elle a découvert qu'elle ne pourrait pas avoir de péridurale dans ce cadre-là, elle s'est sentie complètement dépassée, et elle a commencé à téléphoner aux hôpitaux, etc. Elle m'a annoncé très clairement qu'elle n'accoucherait pas sans péridurale ! Nous en avons longuement parlé, et nous sommes arrivées à un accord selon lequel elle commencerait le travail par elle-même et que nous laisserions la progression suivre son cours ; mais dès qu'elle demanderait une péridurale, nous irions à l'hôpital ; nous avons même couché cet accord sur papier, avec une signature de l'obstétricien et tout ! Finalement, elle a accouché chez elle, sans anesthésie, et fière comme Artaban ! Je suis convaincue que l'aisance avec laquelle elle a su gérer ses contractions est liée au fait qu'elle savait qu'elle pouvait compter sur nous, si cela devenait trop dur pour elle ».

Il peut arriver qu'après une consultation gynécologique ponctuelle, une cliente demande à continuer les visites prénatales avec l'obstétricien. Alors Lineke en parle avec la personne et avec le spécialiste concerné. Dans la plupart des cas, la jeune femme

³³ Cette attitude détendue face au choix du lieu, se retrouve dans d'autres aspects de l'accouchement. Dans les années 70, la tendance était à la « programmation » de l'accouchement : tout était établi à l'avance par la sage-femme et la cliente : le lieu, mais aussi la manière – avec ou sans tabouret de naissance, avec quelle musique précisément, avec de l'encens ou des bougies, etc. Il est apparu que cette méthode laissait trop peu d'espace de liberté, et que la femme était souvent très déçue de son accouchement. Aujourd'hui, on encourage les femmes à ne pas trop prédéfinir l'événement, afin de s'épargner des déceptions.

reprend le suivi de sa grossesse avec la sage-femme. Pour Lineke, tout dépend de l'endroit où la consultation médicale a eu lieu. Elle-même oriente la cliente de préférence vers un hôpital qu'elle a choisi en particulier, car elle a de bonnes relations avec l'équipe, et elle sait que celle-ci travaille en accord avec la liste VIL. L'hôpital concerné approuve généralement l'orientation médicale que Lineke a décidé de donner au parcours de la cliente.

Lineke souligne qu'à cet égard, les différences entre les hôpitaux sont marquées, et que le choix de privilégier cet établissement en particulier est guidé à la fois par des considérations de proximité et de « politique ». Ce sont les mêmes considérations qui entrent en jeu lorsqu'il s'agit de choisir un hôpital pour un accouchement ambulatoire.

La cliente est libre de choisir son cabinet de sages-femmes, mais dans une certaine limite géographique : pour un accouchement à domicile, la praticienne doit pouvoir se rendre chez celle-ci assez rapidement. Ce sont parfois les codes postaux qui déterminent les zones d'intervention de la sage-femme : si la personne habite en dehors des districts correspondant à un certain nombre de codes, elle peut ne pas être admise comme cliente, sauf dans des cas de figure particuliers (la jeune femme déménage à 33 semaines de grossesse : elle peut alors continuer à être suivie par son « ancienne » sage-femme, à condition que la distance du cabinet à son domicile ne soit pas trop importante). Les sages-femmes installées sont quant à elles absolument libres d'ouvrir un second cabinet. Les règles qui régissent le processus sont plus coutumières que formelles – notons toutefois, qu'il y a actuellement une certaine pénurie de cabinets de sages-femmes dans les grandes villes, et que le problème de suréquipement dans ce domaine ne risque pas de se présenter très souvent.

La notion de qualité des soins est gérée dans le cabinet de Lineke comme elle l'est au sein du « *Kring* » (Le Cercle) : ces « *Kringen* » réunissent des sages-femmes de façon officielle au sein d'une structure formelle, dans laquelle le fonctionnement des différents cabinets est évalué, et le savoir-faire partagé.

3.3. « *Janine* »

Janine travaille en duo dans un cabinet citadin dans le sud du pays. Cette région est réputée conservatrice à différents égards, en raison du nombre traditionnellement élevé de Catholiques pratiquants. Par rapport à d'autres régions, les taux de naissances cliniques ou ambulatoires, ou de renvois sur des structures médicales sont relativement élevés. Si à Haarlem, 23% des femmes sont envoyées à l'hôpital en cours de travail, la proportion dépasse les 35% dans la Province du Limbourg.

Comme Janine n'a pas répondu à notre questionnaire, nous ne disposons pas de données statistiques sur son cabinet. D'après ce qu'elle nous avait dit lors d'un premier entretien, il apparaissait clairement que le pourcentage de transferts pendant

l'accouchement vers le second échelon était plus important dans son cabinet que ce qu'il est en moyenne dans cette ville, et que de toute façon, son cabinet était assez représentatif de la région du sud marquée par un haut pourcentage de transferts.

Les consultations se déroulent d'une manière assez semblable à ce que nous avons déjà décrit : un historique extensif pour la première visite, puis pour les rendez-vous suivants, un certain nombre de questions (« *comment vas-tu ?* », « *comment va le bébé ?* », « *le sens-tu bouger ?* »), et d'examens : poids, tension, palpation du ventre, évaluation de la croissance de l'utérus, écoute du cœur du bébé au doppler. Comparée aux autres sages-femmes, Janine n'est pas très bavarde avec ses clientes. Elle ne parle ni du temps qu'il fait, ni des joies de la maternité. Mais il règne une ambiance de calme, de temps et d'espace, dans ses consultations. Ni légère, ni familière, Janine est à la fois présente et ouverte. Vers la fin de la visite, elle demande explicitement si la jeune femme, et / ou son partenaire, ont des questions ou des préoccupations particulières.

« Y a-t-il quelque chose que tu aimerais savoir ? »

« Oui, j'ai pris beaucoup de poids, alors plutôt que de manger des bonbons, je me suis mise à manger beaucoup de fruits. C'est bien ? »

« Evite simplement de manger de trop grosses quantités, quels que soient les aliments. Tu sais, les fruits contiennent beaucoup de sucre aussi ... Mais ne t'inquiète pas trop au sujet de ton poids ; la question est plutôt de savoir comment tu arriveras à t'en débarrasser, par la suite. »

La consultation dure en moyenne de 15 à 20 minutes. A 37 semaines de grossesse, la cliente reçoit une fiche d'information sur ce qu'il convient de faire lorsque le travail commence. A partir de la deuxième visite, la sage-femme lui remet le double du carnet dans lequel elle consigne les résultats de tous les examens, ainsi que les indications de renvoi vers un spécialiste, ou les éléments concernant l'histoire individuelle de la personne.

Il est à noter que, à 12 semaines environ, toutes les clientes de Janine sont envoyées au centre hospitalier (universitaire) local pour une échographie. Elles n'ont pas besoin de demander cette prescription, car elles l'obtiennent sans aucune difficulté. Apparemment, les résultats de cet examen sont conservés à la fois par à l'hôpital et dans le cabinet de la sage-femme. Autour de la 20^{ème} semaine, elle prescrit souvent, mais pas toujours, un deuxième examen.

« De toute manière, les femmes désirent faire cette échographie. Alors, plutôt que d'entrer dans d'interminables débats avec elles, nous leur en prescrivons systématiquement une. Cela ne nous apporte pas beaucoup d'informations : nous apprenons simplement que tout est en ordre, on ne nous donne pas le cliché, et de toute façon, je ne serais pas capable de le lire. Alors ici, nous le faisons transmettre à l'hôpital. »

4. CONCLUSIONS

A ce stade, il nous est permis de tirer quelques conclusions préalables, concernant les similitudes et les différences dans la manière dont les sages-femmes pratiquent l'obstétrique. Il apparaît que pendant la consultation, elles procèdent toutes à un certain nombre d'examens similaires : poids, tension, palpation du ventre, évaluation de la croissance de l'utérus, écoute du cœur du bébé. Quelques examens ne sont pas pratiqués de manière systématique par chacune et les examens, de routine ou non, ne sont pas tous effectués dans le même ordre ou de la même façon : échographie, mesure du ventre (au mètre ruban, ou à la main). Nous voyons enfin que les habitudes durant la consultation diffèrent d'une sage-femme à une autre : Rianne parle beaucoup et de tout, sauf d'obstétrique ; Lineke est également chaleureuse mais se cantonne à ce thème spécifique, et Janine reste discrète et douce, plus neutre par rapport aux joies de la grossesse, concentrée sur l'obstétrique, et ouverte d'esprit.

Ainsi, si la gamme des examens obstétricaux est peu variée, les stratégies pour établir des liens sociaux et émotionnels sont diverses. Dans tous les cas cependant, les sages-femmes pratiquent ce que nous pourrions appeler une obstétrique de normalité : bien que les parcours qu'elles construisent avec les femmes puissent être différenciés sur un certain nombre de points, toutes se maintiennent fermement du côté de la physiologie et évitent de parler des pathologies potentielles. Elles cherchent à générer un climat de confiance, d'assurance, de normalité, à se positionner dans le cheminement des femmes enceintes comme une spécialiste indispensable, et comme la loyale gardienne de la normalité : même si l'on constate qu'elles produisent par leur pratique des définitions de la normalité légèrement différentes, il n'en demeure pas moins que l'idée d'une frontière entre physiologie et pathologie fonde leur exercice et en demeure une référence incontournable. La sage-femme, à travers tous ces éléments, personnifie littéralement le paradoxe de l'obstétrique néerlandaise : elle doit en être une auxiliaire à la fois présente et invisible.

Au vu de la description précédente, les modalités de coordination qui sont à l'œuvre aux Pays-Bas peuvent être caractérisées de la manière suivante :

- l'organisation générale de l'obstétrique néerlandaise est marquée par une institutionnalisation et une formalisation élevée : qu'il s'agisse de l'organisation des professions et leurs compétences respectives ou de la manière dont s'opère le passage de la physiologie à la pathologie, il existe un ensemble de textes et de procédures définies au niveau national et qui, pour une part importante, dessinent un espace de consensus ;
- comme dans le cas du réseau de Clamecy, la formalisation des modalités de coordination s'accompagne d'une certaine « transparence » des pratiques : le questionnaire permettant de reconstituer le passé médical et obstétrical de la femme

est aussi un document qui circule et fait l'objet d'un traitement statistique au niveau national, de même que le résumé du suivi de grossesse et de l'accouchement ;

- du fait de cette formalisation, il apparaît des filières a priori relativement bien spécifiées et qui sont majoritairement opérantes dans la pratique des acteurs ; les espaces laissés à l'appréciation ou au choix des parents sont eux aussi spécifiés : choix éventuel d'un cabinet de sages-femmes, négociation possible autour de l'échographie et du lieu d'accouchement ; dans des cas plus rares, choix entre un suivi par des sages-femmes et un suivi par l'obstétricien.
- la relation des femmes et plus généralement des couples à l'obstétrique se fait presque exclusivement au travers d'un médiateur principal, la sage-femme ; c'est elle qui représente l'obstétrique pour les parents et elle joue un rôle central dans la production de l'adhésion des parents à l'organisation obstétricale.

Conclusion : des modalités de coordination aux réseaux de soins

Dans cette partie conclusive, nous voudrions revenir de manière plus synthétique sur les descriptions faites précédemment et, en accentuant les traits, essayer de construire une typologie des modes de fonctionnement que nous avons analysés.

Une première constatation émerge de l'analyse des différents dispositifs étudiés : l'organisation du suivi de grossesse et de l'accouchement implique partout la mise en relation de différents professionnels et leur coordination en vue d'optimiser l'orientation des femmes. De sorte que l'on pourrait parler de pratiques de fait en réseau. Ceci étant, les « réseaux » que dessinent ces pratiques peuvent être assez différents les uns des autres. Afin d'en spécifier les différences, nous allons tout d'abord faire la liste des différentes modalités de coordinations que nous avons pu repérer dans les dispositifs étudiés et qui visent à assurer la réalisation de certaines trajectoires de soins :

- les règles établies par des instances d'une certaine généralité et dont la définition échappe aux acteurs qui sont partie prenante des dispositifs : par exemple, les règles définissant les compétences des différentes professions aux Pays-Bas comme en France, les règles de bonne pratique et/ou la jurisprudence, certaines règles administratives, des conventions de réseau qui fixent des règles de transferts comme il en existe en France entre des établissements de différents niveaux etc.
- les règles définies collectivement par les acteurs ou une partie des acteurs impliqués dans les dispositifs : par exemple, la Charte signée collectivement par les membres du réseau de Clamecy, les protocoles établis à la clinique des Noriets.

On pourra faire une distinction selon que les règles visent la définition de l'ensemble des trajectoires sur un territoire donné, ou à l'intérieur d'une clientèle donnée – définie donc en référence à une structure – ou au contraire se restreignent à un sous-ensemble des trajectoires obstétricales.

- les outils ou procédures qui permettent une certaine transmission entre différents professionnels sans que ces professionnels n'aient à se connaître ou se rencontrer : par exemple, le carnet de suivi utilisé dans le réseau de Clamecy, le dossier obstétrical de la clinique des Noriets ou de la consultation avancée ;

- la circulation des personnes : les doubles compétences repérées à la clinique des Noriets, la définition du poste de sage-femme réseau dans le cas du réseau de Clamecy, ou encore les multiples activités accomplies par les sages-femmes d'Issoudun ;
- les relations interpersonnelles, fondées sur une connaissance mutuelle et des activités en commun : nous avons vu ces relations à l'œuvre dans le cas des sages-femmes néerlandaises et de leurs rapports avec les praticiens et les établissements de référence ; c'est aussi le cas à la clinique des Noriets.

Evidemment, si l'on se place à un certain niveau de détail, on pourra dire que dans tout dispositif, ces différentes modalités sont à l'œuvre. Ceci étant, il apparaît que les dispositifs étudiés présentent des profils relativement différenciés de ce point de vue.

Le réseau du Haut-Nivernais est marqué par la prééminence des trois modes de coordination intermédiaires, à savoir les règles collectives locales s'étendant à la définition de tout type de trajectoires, les outils et la circulation des personnes : la conjonction de ces trois modalités dessinent un espace relativement « transparent ». En effet, la négociation des règles collectives a permis d'explicitier ce qui constitue un espace commun d'action, la circulation des outils et de la sage-femme réseau permet de maintenir et d'évaluer à tout moment le réseau en fonctionnement.

L'organisation néerlandaise admet certains points en commun avec le réseau de Clamecy, le fait par exemple qu'il existe des règles explicites et que ces règles concernent l'ensemble des trajectoires possibles, l'inscription de ces règles dans certains outils comme la VIL. Ceci permet de comprendre que, malgré l'éclatement dans les instances de prise en charge – une multitude de cabinets de sages-femmes – il existe des filières bien définies. Ceci étant, les règles n'ont pas été établies par une négociation impliquant chacun des acteurs ; le caractère mécanique ou rigide que pourrait avoir l'application de règles définies de façon aussi générales est tempéré par le jeu de relations interpersonnelles établies par les sages-femmes avec certains obstétriciens ou certains généralistes desquels elles se sentent les plus proches du point de vue de la philosophie de leur pratique. Par ailleurs, l'on pourrait dire que l'organisation néerlandaise se caractérise par la non-mobilité des personnes, l'absence de circulation d'un espace à l'autre, l'étanchéité entre physiologie et pathologie. Du coup, l'on obtient un panorama bien différent de celui que présente Clamecy où la femme accompagnée de son carnet se déplace d'un point à l'autre du réseau dans la mesure où la sage-femme est l'interlocuteur privilégié et quasi-unique de la femme. La sage-femme est, dans une proportion importante de cas, le réseau à elle toute seule.

La clinique des Noriets est marquée par la faiblesse relative des règles collectives explicites, en tous cas en ce qui concerne ses relations avec les réseaux extérieurs et par la prégnance de mécanismes de coordination « pragmatiques », dossier obstétrical, circulation des personnes, relations interpersonnelles. Cette absence de règles est aisément mise en relation avec l'exercice libéral des médecins de la clinique. Ces modes

de coordination s'avèrent relativement solides tant que l'identité de formation, la longue pratique du travail en commun ou l'existence de standards externes permettent de se dispenser d'explicitier plus avant les droits et obligations de chacun. Notons que centrées sur un établissement, les modalités de coordination ne peuvent concerner que les trajectoires de la clientèle.

Enfin, la consultation avancée d'Issoudun se présente comme un dispositif hybride : d'un côté, il s'analyse comme un service d'un département hospitalier et donc à ce titre admet des modes de coordinations classiques, à savoir l'incorporation dans des habitudes de travail, des formes d'organisation, et des outils, d'un certain nombre de règles de fonctionnement implicites qui définissent des modalités de prises en charge pour une clientèle donnée. Mais en même temps, la délocalisation de ce service, le fait qu'il soit « avancé » ou externe défait l'évidence d'une liaison entre les différentes prestations proposées et par la même occasion défait l'univocité de la relation de clientèle. Du coup, deux acteurs sont susceptibles de reconstruire de la continuité, de la cohérence, de la coordination, les sages-femmes, de par leur circulation physique et la multiplicité des activités qu'elles exercent, et les femmes qui vont éventuellement se « bricoler » une trajectoire en mélangeant certaines prestations proposées par la consultation avancée avec des prestations proposées par un autre établissement.

En conclusion de cette typologie, l'on peut dire que si l'on associe l'idée de réseau à l'idée de couverture des besoins dans un territoire donné, et que l'on veut se donner les moyens de construire des filières de soins à l'échelle de ce territoire, quels que soient les structures et les professionnels qui servent de point d'appui aux trajectoires particulières, alors il faut définir des règles explicites de conduite, faisant l'objet d'un relatif consensus et ne mettant pas en péril certaines professions, et inscrire ces règles dans une série d'outils rendant la coordination praticable.

Dans une seconde partie de notre conclusion, nous voudrions revenir de façon plus approfondie sur la comparaison entre le réseau du haut Nivernais et l'organisation des soins obstétricaux néerlandais dans la mesure où le réseau du haut Nivernais, est directement inspiré, en terme de logique de construction, de ce « modèle hollandais ». L'organisation néerlandaise a été présentée dans sa globalité dans la mesure où y existe une relative standardisation qui résulte d'un consensus des professionnels et des régulateurs autour de principes de bases définissant un certain type de partage des tâches, des rôles et des compétences dévolus aux obstétriciens d'un côté, aux sages femmes de l'autre. Comme nous l'avons vu, elle se caractérise globalement d'abord par le caractère physiologique attaché a priori à toute grossesse, sauf preuve du contraire. L'architecture du système obstétrical vise donc à préserver au maximum l'existence de lieux de naissances faiblement médicalisés (le domicile et/ou des salles spéciales au sein des maternités) pour les grossesses qualifiées de « normales » (et dénommées « à faible risque en France »). La responsabilité médicale en est confiée aux sages femmes libérales, profession dotée de longue date d'une autonomie et d'une reconnaissance sociale forte.

Le fait qu'une femme, tant qu'elle n'a pas été jugée à risque, ne sera remboursée de ses soins obstétricaux que si elle se fait suivre par une sage-femme et accouche dans un des deux types de lieux prévus à cet effet et dont l'ensemble constitue le premier échelon du système de soins, témoigne de la reconnaissance "institutionnelle" de la nature a priori « normale » de la grossesse. Seules les femmes, jugées à un moment de leur grossesse, comme présentant un risque obstétrical ou fœtal déterminé sont autorisées à se faire suivre et/ou à accoucher dans une maternité, sous la responsabilité de l'équipe obstétricales et seront alors remboursés normalement. La seule manière de se faire suivre même en cas de grossesse normale par le second échelon, hospitalier est donc de bénéficier d'un système de remboursement complémentaire ou alternatif par des assurances privées.

S'il existe ainsi une cohérence forte entre le niveau de risque des femmes, la nature des lieux d'accouchement et l'existence de professions distinctes tenues pour responsables de leurs gestions, le système doit pouvoir gérer de façon dynamique les changements d'orientation ou de filière qui peuvent survenir tout au long de la grossesse ou lors de l'accouchement et qui sont liés à l'apparition aléatoire à un moment quelconque d'un risque ou d'une pathologie particulière. Une liste, la VIL, dont le contenu a été construit par les sages-femmes et les obstétriciens, décrit l'ensemble des situations dont la présence nécessite, soit le passage automatique de la femme du premier échelon au second échelon, (cas des grossesses dites à haut risque) soit la demande d'un avis à un obstétricien. Jusqu'à présent les pratiques concrètes des sages femmes, en terme d'utilisation de cet outil régissant les échanges entre échelons primaire et secondaire, se caractérisaient par une certaine liberté d'interprétation des indications contenues dans la VIL ce qui permettait dans certains cas la construction de trajectoires individualisées. C'est aussi en terme « d'ajustements mutuels informels » qu'on peut caractériser les liens de coopération existant tout au long du temps de la grossesse entre obstétriciens et sage femmes, le choix de la polyclinique ou la gestion des accouchements communs entre polyclinique et maternité reposant plus sur la confiance et la qualité des liens informels entre sages-femmes et obstétriciens que sur des règles écrites ou des contrats explicites. En effet aucune convention ne détermine de façon précise des règles précises de choix du lieu d'accouchement ou la nature de ce que tels ou tels professionnels est en droit d'attendre des autres. En particulier, en ce qui concerne le haut risque, l'existence de la VIL s'est jusqu'à présent avérée suffisante pour permettre une coordination efficace entre premier et second échelon des soins, sans rupture véritable de la continuité des soins.

Ceci étant depuis une dizaine d'années on assiste à une transformation des rapports de forces entre les deux professions d'obstétriciens et de sages femmes, marqué par une tendance à une médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement. En témoigne la transformation dans la VIL de certaines situations diagnostiquées lors de la grossesse et qui dorénavant impliquent obligatoirement le passage en second échelon alors qu'elles n'étaient justifiables auparavant que d'une demande d'avis ; mais aussi

une demande plus forte d'accouchement a priori en polyclinique plutôt qu'à domicile ou l'augmentation de fréquence des accouchements qui débuté à domicile vont se terminer en salles de polyclinique et/ou dans le secteur de la maternité. Dans cette évolution, peut-être les femmes jouent-elles un rôle en manifestant une plus grande appétence pour les dispositifs techniques, accessibles seulement via la maternité ? Peut-être aussi faut-il invoquer une moindre confiance de la profession des sages-femmes dans ce qui constitue le cœur de leurs expertises et jugé jusqu'alors suffisant pour garantir a priori, en dépit d'un accès limité à la technologie, leur pouvoir de contrôle sur la bonne marche de la grossesse et de l'accouchement. Car en dépit du fait que collectivement l'importance de la place des sages-femmes continue à être reconnue notamment de par leur fonction essentielle dans la détection des risques médicaux mais aussi pour la qualité de l'accompagnement global des grossesses normales, elles doivent se défendre en permanence contre une tendance visant à rogner leur domaine de responsabilité. Ainsi, jusqu'en 1999, toute décision à prendre et faisant suite à un avis délivré par un obstétricien était de leur responsabilité ; elles pouvaient en particulier s'opposer, en accord avec leur cliente, au passage de celle-ci au second échelon car il n'existait aucune obligation légale pour elles de suivre l'avis formulé un obstétricien. Depuis 1999, un changement est intervenu et le suivi de cet avis est devenu sinon obligatoire du moins plus impératif. Il est encore trop tôt pour savoir quel sera l'effet réel de cet arrêté. Mais il semble s'inscrire dans une évolution assez forte qui s'accompagne d'une évolution démographique inquiétante de la profession, le nombre actuel de sages-femmes s'avérant insuffisant pour assurer le suivi dans des conditions optimales de toutes les grossesses normales.

Examinons maintenant le dispositif de prise en charge obstétrical du RSHN, centré sur la maternité de Clamecy. Il a été conçu comme une tentative de réponse locale à caractère expérimental, à la menace de fermeture par les autorités de tutelles de la maternité. En effet celle-ci réalisant moins de 300 accouchements par an (113 en 1994) son activité était jugée ne pas pouvoir garantir un degré de sécurité suffisant pour les femmes y accouchant ou les nouveaux nés. Prenant le contre-pied de la représentation dominante alors en France qui considérait toute grossesse comme un processus risqué, le dispositif en réseau visait à démontrer que la sécurité n'était pas assimilable uniquement à l'existence de structures à fort potentiel technologique et qu'il était possible d'accoucher sans risque dans des structures faiblement médicalisées à la condition d'avoir mis en place une gestion dynamique du risque, en amont de l'accouchement, permettant de trier en permanence les grossesses normales de celles jugées à risque ou pathologique de façon avérée. Le postulat était qu'à l'instar des Pays-Bas, cette gestion optimale du risque ne pouvait résulter que de la qualité de la coordination des tâches réalisées par les différents professionnels et institutions concernés tout au long de la trajectoire de grossesse. Il est apparu nécessaire de construire, avec les différents professionnels, une manière nouvelle de se répartir les tâches, ce qui a conduit à décrire les situations nécessitant un avis ou un « passage de

main » et ce que devaient être les lieux d'accouchements en fonction des risques du couple mère enfants. Autrement dit, il fallait non seulement définir l'équivalent de la VIL mais aller au delà en définissant ensemble les différentes filières a priori de prise en charge, tout en se donnant les moyens d'en garantir l'exécution et d'en évaluer la réalisation effective.

Si la formalisation ou la contractualisation entre professionnels et institutions étaient bien destinées à fournir les garanties réclamées par les décideurs, c'est-à-dire permettre de rendre des comptes sur les objectifs du réseau, cette explicitation des liens inter professionnels et inter institutionnels notamment lors de l'élaboration du carnet de suivi de grossesse ou de la construction des règles de référencement et/ou de transfert a également servi d'outil pour négocier le partage des pouvoirs, des gains et des notoriétés entre eux, ceux-ci s'avérant in fine les meilleurs garants du respect des accords passés. De même, si l'existence de protocoles formels constituait la monnaie d'échange symbolique pour que les tutelles autorisent une expérimentation dont la logique même contredit le discours « rationnel sécuritaire » qui justifiait la fermeture des petites maternités, la nécessité de baliser cette expérimentation sans prendre de risques excessifs était par ailleurs conforme à une vision administrative de la régulation, adossée d'abord au respect de la réglementation.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant de constater qu'à partir d'une vision commune de la grossesse comme phénomène physiologique et d'une gestion optimale du risque en amont de l'accouchement, on aboutisse à deux types de dispositifs assez contrastés. Le premier niveau de contraste est d'ordre systémique : il concerne le rôle joué par l'État et le système de protection maladie : alors qu'il existe de facto en Hollande une alliance entre le premier niveau, celui des sages-femmes et de l'État (comme gestionnaire de la partie publique de l'assurance maladie pour limiter l'accès à l'hôpital et à ses technologies coûteuses) c'est, en France, l'Etat ou l'assurance maladie qui, par leur discours sécuritaires, renforcent de facto (de façon voulue ou non) ceux des professionnels qui poussent à une pratique de l'obstétrique technologisée et de ce fait plus coûteuse. La seconde différence porte sur la nature des équilibres professionnels avec une absence quasi-totale d'autonomie en France de la profession des sages-femmes qui a toujours été soumise au pouvoir des obstétriciens ce qui ne lui a pas permis de construire une légitimité professionnelle forte. Le troisième concerne la très forte médicalisation du suivi de grossesse en France, avec le rôle très structurant dans l'organisation du suivi, des échographies, (notamment en terme de dépistage des malformations fœtales), de la péridurale, de l'importance du monitoring fœtal, justifiée au nom d'un risque permanent d'accidents imprévisibles et graves. L'accent mis sur l'organisation en réseaux n'a pas contribué à tempérer cette vision, bien au contraire puisque la montée en charge des réseaux régionaux porte quasi exclusivement sur la gestion du très haut risque médical.

Contrairement ces tendances, le réseau de Clamecy, réseau communautaire issu de la dynamique des professionnels, s'est construit en opposition au schéma d'une régulation fortement administrée avec prépondérance des initiatives hospitalières en terme de systèmes d'offre en faveur de laquelle joue une forte médicalisation du suivi de grossesse. Ces trois caractères expliquent pourquoi les réseaux régionaux périnataux ne se sont jusqu'à présent focalisés que sur la gestion du très haut risque médical, gestion dont l'efficacité est censée être garantie par l'existence de conventions officielles entre établissements et sur la rigueur des protocoles cliniques. C'est pourquoi, tout en empruntant sa logique au modèle Hollandais, le RHN a dû accommoder son fonctionnement à ces traits particuliers de l'obstétrique Française. Pas question d'accouchement à domicile mais en revanche volonté de concevoir une organisation permettant de concilier sécurité de l'accouchement avec une maternité à potentiel technologique réduit. De même, en élaborant une charte et un ensemble des protocoles cliniques, il a répondu à la principale exigence des tutelles. Il est même allé au delà : contrairement aux chartes habituels des réseaux régionaux, (à l'exception de la Bourgogne et partiellement des pays de Loire), relativement pauvres en terme de contenu technique ou en éléments garantissant leur mise en pratique, le réseau du RHN a été capable de négocier entre les différents acteurs du réseau le contenu de ces protocoles qui traduisent les adaptations locales des recommandations scientifiques de bonnes pratiques. Et c'est précisément dans la qualité des liens construits lors de cette phase initiale du réseau, réactivée en permanence par le travail de la sage-femme réseau et par les staffs organisationnels réunissant régulièrement les différents intervenants que réside la garantie de pérennisation de ses principes qui reposent donc autant sur des ajustements informels que sur le strict respect de tâches standardisées. Or en dépit du fait que le réseau régional bourguignon, du moins son principal leader ait toujours soutenu l'initiative locale du RHN, en dépit des évaluations positives réalisées, en dépit du fait qu'il constitue aujourd'hui l'un des rares exemples d'organisation reliant de façon coordonnée et coopérative l'ensemble des professionnels et institutions ambulatoires et hospitaliers, l'agence régionale d'hospitalisation n'a jamais semblée convaincue par cette expérimentation et n'a ni cherché à consolider institutionnellement ce modèle (par exemple en reconnaissant le réseau) pas plus qu'il n'a tenté de diffuser ce modèle en terme de solution adaptée à un certain nombre de contextes locaux proches. Comme si cette tentative de mode de résolution locale d'un problème de santé publique par les professionnels de terrain, l'élaboration par ceux-ci de normes de fonctionnement et d'une organisation souple mais adaptée à la gestion des aléas était par trop orthogonale et heurtait de front une certaine conception centralisée de la planification, méfiante vis à vis des dynamiques locales.

Deuxième partie

Les usagers, acteurs de l'obstétrique

Chapitre 5

Construction des trajectoires en France

Dans les parties précédentes, nous avons vu comment différents dispositifs définissent de manière plus ou moins serrée ce que doit être la trajectoire médicale d'une femme enceinte : les trois exemples étudiés donnent un aperçu de la variabilité possible des configurations françaises quant à la contrainte qu'elles exercent sur les femmes ou aux possibilités d'articulation qu'elles ménagent entre différentes prestations, comme les visites prénatales, les échographies, les cours de préparation, l'accouchement lui-même... Autrement dit, selon les dispositifs, la femme ou le couple se voient attribuer plus ou moins d'initiative dans la réalisation de leur trajectoire. Cette variabilité organisationnelle est doublée d'une variabilité géographique, puisqu'en fonction des régions, de l'environnement, urbain ou rural, ce que l'on appelle « l'offre » de soins peut être concentrée sur un établissement ou une organisation principale ou au contraire, comme à Paris, être répartie entre une multitude d'établissements en situation de concurrence partielle les uns vis à vis des autres.

En raison entre autres choses de cette diversité, il n'existe pas de procédure standard préconisée à la femme en début de grossesse qui lui permette de s'orienter quasi-automatiquement dans le système de soins ; dans tous les cas, celle-ci doit donc prendre des initiatives fussent-elles minimales. Comment les femmes construisent-elles leur trajectoire ? De quelle manière, avec quelles médiations se rendent-elles visibles un ensemble de possibilités ? En quoi les dispositifs existants influent-ils sur leur trajectoire ? Les filières a priori définies par les professionnels ont-elles une efficacité prescriptive forte ?

Dans ce chapitre, nous analyserons une cinquantaine d'entretiens et de journaux tenus par des femmes enceintes afin de répondre à ces questions. Cet échantillon, qui n'a pas de prétention à la représentativité, présente cependant une certaine variété qui peut être déclinée selon trois dimensions principales :

- variété géographique : la moitié des entretiens ont été réalisés dans les zones d'attraction des dispositifs étudiés dans la partie sur l'offre, le reste est constitué d'entretiens avec des femmes habitant dans des régions variées, et aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain ;
- variété sociale : les femmes interviewées appartiennent à tous les milieux socioprofessionnels.
- variété dans l'histoire obstétricale, puisque les interviews concernent aussi bien des primipares que des multipares.

A partir de ces entretiens, nous nous sommes intéressés aux points d'inflexion de la trajectoire, définie ici dans les termes compatibles avec la définition proposée par les professionnels au travers des dispositifs existants : ainsi, nous avons considéré essentiellement les décisions qui concernent le choix du ou des médecins/sages-femmes, le choix de la maternité, le choix des cours de préparation. Comme nous le verrons dans la suite, les termes de choix ou de décision sont souvent abusifs dans le sens où ils installent une situation bien campée dans laquelle se trouveraient définies différentes possibilités entre lesquelles la femme se prononcerait, ce qui suppose de fait qu'elle soit munie de critères lui permettant de faire un tri entre elles. Or, dans une majorité des cas, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de primipares, les stratégies déployées par les femmes ont pour résultat de leur éviter d'être placées dans une telle situation.

Plutôt donc que de parler de décision, de choix et de critères, ce qui ne peut rendre compte de la manière dont les femmes elles-mêmes décrivent leur trajectoire, nous avons choisi de privilégier la notion de fil conducteur. En effet, nous avons repéré dans les récits des femmes des types d'opérateurs spécifiques qui permettent de rendre compte des inflexions de leur trajectoire, chaque récit étant organisé autour d'un ou deux types d'opérateurs : c'est à partir de ces types d'opérateurs que nous avons construit la notion de fil conducteur. En première approximation, il est possible de distinguer trois types de trajectoires qui seront traitées successivement :

- comme nous l'avons souligné plus haut, dans un grand nombre de cas, la notion de choix est inappropriée à la caractérisation de la trajectoire ; les principales inflexions se font par une sorte de délégation de la femme à des instances extérieures, instances en lesquelles elle a placé sa confiance : ce peuvent être des organisations, des professionnels ou des relations personnelles, amicales, familiales etc. qui déterminent son parcours et en sont les garants. Dans ces différents cas, la chaîne de confiance constitue le fil conducteur de la trajectoire ; la possibilité d'une évaluation de cette trajectoire est secondaire dans le processus et les critères de cette évaluation

se constituent tout au long de la trajectoire, au travers de l'expérience que fait la femme. Dans la suite, nous distinguerons deux cas de figure, selon que les garants mobilisés sont du côté médical (organisation, médecins), et l'on parlera alors de prescription, ou appartiennent aux relations personnelles de la femme, stratégie que nous qualifierons de procuration ;

- d'autres femmes refusent cette opération de délégation, et veulent éprouver par elles-mêmes un certain nombre de possibilités, sans pour autant pouvoir s'appuyer sur une liste de critères a priori. L'expérimentation personnelle comme modalité de connaissance et d'évaluation permettant de construire un espace de choix, aussi limité soit-il, représente dans ce cas le fil conducteur de ce type de trajectoire ;
- enfin, un certain nombre de femmes, multipares pour la plupart, ont au départ un scénario en tête, ce qui implique que, face à une alternative, elles disposent de critères permettant de faire des choix. Leur trajectoire est alors organisée par ce projet qui en constitue le fil conducteur et s'analyse comme une série d'épreuves et de négociations permettant de créer de la détermination, autrement dit de rendre réel leur projet.

1. LA PRESCRIPTION : S'EN REMETTRE AUX PROFESSIONNELS ET / OU AUX ORGANISATIONS

Lorsqu'une femme constate qu'elle est probablement enceinte, la plupart du temps, elle se rend chez un médecin dans des délais assez brefs. Cette première visite a souvent pour objet de confirmer la réalité de la grossesse, de la faire attester par un tiers : si pratiquement toutes les femmes recourent aux tests disponibles en pharmacie, l'utilisation de cet instrument placé entre leurs mains n'est pas suffisant pour les asseoir dans la certitude de leur grossesse. Elles ont peur de s'être trompées dans la manipulation, voire, prises dans leur fantasme, de s'être illusionnées dans la lecture du résultat : beaucoup demandent au médecin, qui ne peut à ce stade vérifier leur état par un simple examen, de leur prescrire une analyse de laboratoire. Par ailleurs, elles connaissent l'existence de démarches à accomplir ou de procédures à respecter pour que les droits afférents à leur état puissent être ouverts, mais, surtout pour les primipares, n'ont pas forcément une idée précise de leur contenu. Ceci motive leur visite précoce chez le médecin destinée à « savoir ce qu'il faut faire ». Le médecin est donc un peu celui qui institue la grossesse, qui lui donne une réalité sociale et médicale, d'où peut-être la place centrale qu'occupe la médecine dans la « socialisation » de la grossesse, en particulier dans les échanges qu'ont les femmes enceintes avec leur entourage.

Ceci étant, son rôle peut très bien s'arrêter là : comme nous le verrons par la suite, un certain nombre de femmes vont construire leur trajectoire de façon tout à fait

indépendante de cette première visite. Cependant il est fréquent qu'il soit déterminant dans cette trajectoire : comme nous l'avons évoqué, les primipares sont souvent dans une situation d'incertitude qui les rend peu capables de formuler quelque chose qui ressemble à une demande articulée. Dans cette situation, un grand nombre d'entre elles choisissent de s'en remettre à d'autres pour déterminer les inflexions principales de leur trajectoire : le médecin est un de ceux qui peuvent être mobilisés à cet effet. Cette mobilisation est assez « naturelle » lorsque le médecin consulté est un spécialiste, gynécologue ou gynécologue-obstétricien : ceci étant, le fait de recourir à un spécialiste ou à un généraliste est lié à l'histoire médicale antérieure, histoire elle-même construite à partir des ressources localement disponibles. Dans les régions plutôt rurales où les spécialistes sont rares, les femmes vont d'abord consulter leur généraliste sauf si des difficultés gynécologiques antérieures, ou des grossesses précédentes les ont amenées à nouer des relations suivies avec un spécialiste. A l'inverse, en région parisienne où une proportion importante de femmes sont suivies par des gynécologues, elles se rendent plus volontiers chez celui-ci lorsqu'une grossesse s'annonce. Dans des cas plus rares, le choix du gynécologue peut avoir été fait en amont en raison même de ses relations avec un établissement hospitalier réputé :

« Je voulais changer de gynéco, parce que la mienne était très chère et pas dans mon quartier. On m'avait dit qu'elle avait été très bien dans une situation difficile et qu'elle consultait à Saint-Vincent de Paul. Je ne connaissais pas beaucoup de gens qui avaient accouché là, mais la réputation était plutôt bonne. A l'époque, je ne cherchais pas à avoir un enfant, mais je me disais qu'un jour, ça me serait utile qu'elle soit dans cet hôpital. Je n'ai pas rêvé petite fille d'avoir des enfants, mais ça faisait partie des choses vraisemblables. » (entretien Marianne)

En tout état de cause, la grande majorité des femmes consultent un médecin qu'elles connaissent déjà : par exemple, à l'exception de celles qui y étaient déjà suivies pour des problèmes spécifiques, aucune femme interviewée dans la région de Clamecy ne s'est rendu directement en consultation auprès du seul spécialiste local, l'obstétricien de l'hôpital, lequel reçoit pourtant des femmes en consultation privée. Ce point est central pour comprendre ce qui amène la femme à s'en remettre au médecin pour la détermination de sa trajectoire. Que l'avis du médecin puisse avoir valeur de prescription est complètement lié à la confiance qui est investie par la femme dans la relation : aucune des femmes que nous avons interrogées ne dit par exemple avoir essayé de recouper les informations dispensées par le médecin avec d'autres sources, ou même les avoir traitées réellement en tant qu'informations, c'est-à-dire comme contenu détachable de la personne du médecin, comparable avec d'autres contenus et servant de base à une évaluation secondaire effectuée par la femme avec ses propres critères. Ce n'est cependant pas parce que la confiance semble être au cœur de l'opération de délégation effectuée, que toutes ces opérations de délégation peuvent être confondues. En particulier, la forme de la relation qui s'instaure entre le médecin, la femme et

l'organisation qui prendra en charge la naissance est l'un des démarcateurs qui apparaissent dans les entretiens effectués.

1.1. Des trajectoires contraintes

Dans certains cas, l'autorité se déplace du médecin à l'organisation sans qu'il n'y ait besoin de réactiver le médecin, de sorte qu'il semble y avoir une forme de continuité entre les deux, continuité qui peut être construite et justifiée par les acteurs comme dans le cas de Clamecy ou simplement être constituée par le déplacement non problématique de la femme qui suit les prescriptions de son médecin. Par exemple, Christine habite en milieu semi-rural dans le champ d'attraction potentiel du dispositif de consultation avancée d'Issoudun. Elle a eu une première grossesse suivie de bout en bout par le médecin de la famille, et ne s'est rendue à la maternité de Châteauroux qu'au moment de l'accouchement. Pour cette nouvelle grossesse, elle ne modifie en rien sa démarche. Elle s'adresse à son médecin traitant, une généraliste, laquelle a en revanche changé sa pratique (six ans se sont passés entre les deux grossesses). Elle oriente maintenant les femmes à partir du septième mois vers l'équipe médicale de la maternité, voire, lorsque la proximité le justifie, vers l'équipe responsable des consultations avancées à Issoudun. Découvrant cette nouvelle « règle » du jeu, Christine s'en tient simplement à ce qui lui est « prescrit », sans que n'apparaisse la tentative d'obtenir une explication, ni qu'elle n'adopte une attitude réflexive sur la façon dont les choses se passent :

« Pour Bastien, j'ai été suivie par le docteur jusqu'au bout. Maintenant, il faut aller à l'hôpital pour les 3 derniers mois, pour voir une sage-femme. (...) Avant, pour Bastien, j'avais été voir mon médecin et j'ai fait juste la dernière visite à l'hôpital, remplir le dossier et tout. »

Le cas de Christine est particulièrement frappant dans la mesure où son récit renvoie en permanence à ce que l'on pourrait qualifier de la contrainte extérieure :

« Oui, au neuvième mois je devais y retourner, si le bébé n'était pas là. J'ai téléphoné le jour où elle devait arriver, on m'a dit d'aller à Châteauroux directement, parce qu'elles n'avaient pas le temps de s'occuper de moi. Donc, j'ai été à Châteauroux directement. Quand je suis arrivée, ils m'ont mis le monitoring, ils m'ont dit : c'est bien, revenez demain.

Question : Comment ça s'est passé ?

Je suis revenue. Ils m'ont mis un gel. Ils m'ont dit : c'est possible que ça ne vienne pas aujourd'hui et puis en fin de journée, elle était là, ça m'a fait de l'effet tout de suite. »

Bien qu'il s'agisse d'un second accouchement, Christine ne paraît pas prendre une part active concernant la détermination de sa trajectoire, celle-ci se construit presque à son insu, de l'« extérieur » au fur et à mesure des rencontres avec les intervenants

impliqués dans sa prise en charge ; ainsi, de sa réaction par rapport aux cours d'accouchement : « Oui, je savais que ça existait, on ne me l'a pas proposé et puis ça ne m'intéressait pas plus que ça. » À aucun moment, elle ne manifeste la moindre opinion à l'égard du médecin ou de l'organisation, ni même ne fait de différence tranchée entre l'un et l'autre ; la confiance qu'elle leur accorde de fait semble être une confiance générique, liée à une définition institutionnelle de la compétence. La relation décrite est exempte de toute personnalisation : elle utilise systématiquement le pronom « il » pour parler de son médecin, « le docteur » qui se trouve être une femme, et le pronom « ils » pour parler des intervenants lors de l'accouchement, intervenants qui sont apparemment des sages-femmes et une infirmière. Sa trajectoire se construit dans une sorte d'espace médical indifférencié auquel elle confère une autorité générale et aux prescriptions duquel elle se plie docilement.

Il ne semble pas qu'il y ait chez les femmes, qui se laissent ainsi porter par un dispositif, d'apprentissage qui leur permette de s'approprier plus fermement leur propre trajectoire : elles sont sur les rails que d'autres ont posés pour elles et lorsqu'un obstacle surgit, elles reviennent à la case départ : Geneviève par exemple a une histoire gynécologique et obstétricale très complexe et difficile. A chaque fois envoyée par son généraliste, elle a consulté plusieurs gynécologues sur Issoudun, Tours, pour Bourges pour des problèmes de fertilité. In fine, elle se fait traiter dans une clinique de Châteauroux, où elle accouche après une première grossesse et dans laquelle elle revient à trois reprises pour d'autres opérations. Lorsqu'elle est à nouveau enceinte, elle envisage d'y retourner, mais l'organisme local de sécurité sociale la contraint, si elle désire accoucher dans un département autre que celui de son lieu de résidence – elle habite en zone limitrophe dans le département voisin - à choisir la maternité de l'hôpital public, en l'occurrence celle de l'hôpital de Châteauroux, plutôt que la clinique privée. Face à cette contrainte extérieure qui la force à infléchir sa trajectoire et à quitter l'espace que son généraliste avait balisé pour elle, sa réaction immédiate est de retourner vers lui et de lui demander de la suivre, avec l'idée qu'elle prendra contact avec l'hôpital de Châteauroux en fin de grossesse. Mais le médecin se montre réticent : « Mon docteur m'a dit : étant donné ton âge - je vais avoir 37 ans - je préférerais que tu ailles voir le gynécologue dès le départ », injonction à laquelle elle obéit. À chaque étape de son parcours, elle en réfère à lui pour peu qu'il y ait une décision concernant son orientation. Une fois prise en charge par l'organisation, elle se laisse totalement guider, au point d'être incapable d'interpréter autrement qu'en termes de prescriptions ou de contraintes les propositions qui lui sont faites : « ... Je n'avais pas fait ça pour ma fille... *Ils m'ont envoyé une convocation pour la préparation*, on a eu une réunion avec la diététicienne, ils nous passaient des films... »

Tout comme Christine, Geneviève ne mobilise aucun critère personnel, ne prend pas d'initiative et ne manifeste aucun sentiment, aucune opinion, à l'égard de ce qui lui arrive. Elles ont toutes deux placé une certaine confiance dans leur médecin traitant, confiance peu spécifique dans la mesure où elle ne repose apparemment sur aucune

compétence particulière qui se serait exercée dans le cadre précis de leur relation et en même temps extrêmement attachée à ce médecin particulier car résultant de la durée et de la réactivation constante des relations établies entre eux : le tutoiement employé par le médecin de Christine à son égard est significatif de la familiarité de leurs relations. Du coup, s'étant positionnées dans une relation d'autorité presque pure vis-à-vis du médecin, elles ne peuvent pas entrer d'elles-mêmes dans une évaluation de leur propre trajectoire, ou cela supposerait de renoncer aux bénéfices que confère le fait de s'en remettre à d'autres.

1.2. Des trajectoires contraintes et appropriées

L'attitude précédemment décrite doit être replacée dans son contexte, à savoir, puisque les deux exemples traités concernaient la région d'Issoudun, des organisations peu « bavardes » sur elles-mêmes. Même le dispositif de consultation avancée semble avoir peu généré de production locale de discours, probablement parce qu'il se présente comme un ensemble de prestations proposées mais non nécessairement liées entre elles, ceci en raison d'un contexte « concurrentiel » encore ouvert. Construire un réseau comme celui de Clamecy qui associerait généralistes, consultation avancée et service obstétrical pourrait être perçu comme une manœuvre déloyale par les autres acteurs du domaine. A Clamecy en revanche, la constitution du réseau est indissociable de la constitution d'un discours-programme qui s'est donné un certain nombre d'objectifs explicites, en termes de qualité, de continuité, de globalité des soins apportés. Comme nous l'avons vu précédemment, ce discours est central dans le mode d'existence du réseau. Lorsque, comme à Clamecy, l'organisation se donne à voir comme une entité en tant que telle³⁴, qui possède des règles de fonctionnement et a développé des formes de justification, la confiance placée dans le médecin, déplacée à l'organisation peut progressivement changer de nature. Dans le cas du réseau de Clamecy, ces mécanismes sont très visibles. Béatrice par exemple s'adresse dans un premier temps à son médecin traitant pour le suivi de grossesse ; habitant à Clamecy, elle n'a pas envisagé d'aller accoucher ailleurs qu'à l'hôpital local. Sa généraliste lui parle de l'existence du réseau,

³⁴ La visite de la sage-femme réseau est un élément très important dans le dispositif : elle prend le temps d'expliquer longuement aux femmes l'histoire, les raisons d'être, et le fonctionnement du réseau dans une perspective très rationalisée. Ce faisant, elle inscrit la trajectoire particulière d'une femme dans un mouvement d'ensemble qui la rend intelligible : il est remarquable que toutes les femmes interviewées, qui l'ont été en général à plus de six mois de distance de la visite de la sage-femme réseau, se souvenaient assez précisément du contenu de cette visite, des arguments avancés, comme si elles se les étaient en quelque sorte plus ou moins appropriés. Du coup, les détails de chaque parcours (les examens faits, les visites etc.) n'apparaissent pas comme des manifestations ponctuelles et éventuellement arbitraires mais bien comme faisant partie d'un tout organisé.

lui remet un carnet de grossesse ; elle-même semble se laisser guider par le dispositif existant :

« (...)Moi je suis suivie par ma généraliste, donc c'est elle qui s'occupait de moi jusqu'à six mois, et puis après il faut aller voir le gynéco.

- Comment s'est passé le contact avec le gynéco ?

Ben...Il est très gentil et puis, il met tout de suite à l'aise... Mon médecin, c'est pas pareil, je la connais depuis que je suis toute petite.

- C'est elle qui vous a envoyé vers le gynéco ?

Non, disons qu'elle m'a proposé avec le réseau et c'était le seul gynéco du coin... (...) C'est le gynécologue qui nous a dit, enfin qui m'a dit: il y a des séances de préparation, j'ai été m'inscrire, j'ai pas fait toutes les séances, parce qu'elle est née trois semaines en avance »

Pourtant, en cours de route, elle procède à une ré-appropriation de sa trajectoire de telle sorte qu'elle fait du réseau une alternative qu'elle a été en mesure d'accepter ou de refuser : « Oui, oui, c'était un choix pas une obligation, j'aime pas être poussée, donc.... ». Dans un premier temps, elle justifie ce choix par la considération qu'elle porte à son propre médecin : si celle-ci a choisi d'adhérer au réseau, c'est que ce doit être quelque chose de positif. Mais elle pousse l'argumentation en prenant appui sur un certain nombre d'éléments : la complétude du suivi proposé, la visite de la sage-femme réseau qui permet d'avoir une vision globale du dispositif, le carnet de suivi qui est repéré comme un outil de transmission de l'information entre les intervenants: « Tout est inscrit sur le carnet. Si on va autre part que d'habitude, on l'emmène, on sait tout de suite ce qu'on a eu ».

Ce phénomène d'appropriation de la trajectoire par la femme est à peu près constant chez toutes les femmes de la région de Clamecy, y compris chez des femmes qui, comme Christine et Geneviève, sont de milieu très modeste. Cette appropriation passe dans un premier temps par une intégration du fonctionnement du réseau au travers du discours porté par la sage-femme réseau et relayé par les autres acteurs et outils du réseau, puis par une mobilisation de ces critères dans des appréciations plus personnelles fondées en particulier sur la comparaison avec d'autres trajectoires connues. Raphaëlle décrit son parcours comme un parcours contraint par le dispositif et dans lequel elle prend peu d'initiatives. Ceci étant, elle se forge progressivement des critères d'appréciation sur le dispositif et ce qu'il apporte, notamment par comparaison avec sa sœur qui a accouché ailleurs deux mois avant elle : « elle n'a pas eu tout ce que j'ai eu ». Elle entend par là la visite initiale de sage-femme réseau à domicile qui leur a expliqué, à elle et son mari, la façon dont l'ensemble du suivi allait se dérouler ce qui leur a permis de poser un ensemble de questions, puis :

« Il y a plein de choses que ma sœur ne savait pas. Son gynéco n'était pas rattaché à l'hôpital. Il a eu un doute sur les dimensions du bassin. Il l'a adressée à l'hôpital avec une lettre pour faire une radiographie. La sage-femme de l'hôpital, elle, ne voyait aucun problème ; elle n'a pas fait de radio. Elle est donc entrée à la maternité en ayant un doute sur le fait qu'elle allait aller au bloc ou non. »

« Pour les dernières consultations, j'ai eu une sage-femme qui est venue à domicile, alors qu'elle, non, elle a dû se déplacer. »

« Honnêtement, j'ai bien vécu mon accouchement. Les sages-femmes, les aides-soignantes étaient vraiment présentes. L'obstétricien est venu une ou deux fois pendant l'accouchement. On ne se sent pas toute seule, abandonnée dans un coin, on se sent soutenue. Ma sœur, elle, s'est sentie abandonnée. »

Ainsi, voit-on chez cette femme primipare comment se construisent au fur et à mesure de son expérience, les critères qu'elle mobilisera, sans doute, lors d'une éventuelle prochaine grossesse : la personnalisation du suivi (à travers la sage-femme réseau et le temps passé à expliciter la prise en charge, la disponibilité des sages-femmes au moment de l'accouchement), une certaine forme de cohérence et de continuité du suivi et qu'elle relie à l'existence d'une coordination entre les différents intervenants, coordination absente dans le cas de la radiographie du bassin de sa sœur. Ces éléments attribués à l'organisation en réseau contribuent à définir ce qu'elle ressent comme une forme de qualité du suivi proposé.

Le réseau et le discours qui lui est attaché ont donc un certain nombre d'effets :

- ils produisent de la conformité : une fois prises dans les mailles du filet, les trajectoires des femmes sont fortement contraintes et elles présentent une grande homogénéité ;
- mais, dans le même temps, ils permettent l'appropriation par les femmes de leurs trajectoires et suscitent l'adhésion des personnes dans un dispositif qui les intègre ; les femmes se forment en cours de route des critères d'évaluation qui les amènent à justifier leur parcours, voire à se le réapproprier comme le choix qu'elles auraient fait... si elles avaient été en mesure de faire un choix ;
- ils transforment et renforcent la confiance accordée par la femme à son médecin : alors que, dans les cas ici envisagés, le médecin se trouve placé en position de garant vis-à-vis de l'organisation vers laquelle il oriente la femme, le discours du réseau construit l'organisation comme garante de l'ensemble des intervenants qui la constituent, en spécifiant les compétences et les attributions de chacun.

1.3. Une relation exclusive

Dans les exemples envisagés précédemment, nous avons vu comment un certain nombre de femmes construisent leur trajectoire en s'en remettant au médecin en lequel elles ont une certaine confiance, confiance qui se déplace du médecin vers les objets de sa prescription. Nous avons constaté que cette confiance, qui s'appuie toujours ou presque sur une définition institutionnelle des compétences, peut être plus ou moins liée à la personne même du médecin et aux relations spécifiques qui ont été construites entre la femme et le médecin ; on observe un continuum qui va d'une personnalisation minimale : « j'ai confiance en mon médecin, parce qu'il est reconnu comme tel et que c'est mon médecin » - c'est-à-dire que la relation établie sur une certaine durée lie les acteurs par des obligations réciproques- jusqu'à une personnalisation très forte : « j'ai confiance en mon médecin, parce que c'est lui, parce que c'est moi ». Cette personnalisation des relations peut être exclusive et donc faire disparaître à l'arrière plan les attaches institutionnelles du médecin à une clinique, un hôpital etc.

Brigitte a un problème de fertilité qui l'amène à changer de gynécologue ; dès le premier abord, elle noue des relations fortes avec ce nouveau médecin :

« J'étais suivie par une gynécologue à Issoudun, qui n'est pas obstétricienne, qui ne trouvait pas trop de solution à notre problème. Nous, on commençait à vraiment désirer cet enfant. J'avais quelques amies qui étaient allées voir un gynécologue sur Châteauroux, le Dr A., qui à l'époque exerçait à la clinique Montaigne. Je suis allée le voir. Dès le premier rendez-vous, j'ai vu que c'était tout autre chose que ma gynécologue. Il s'intéressait à notre problème. Le premier contact a été super. Il m'a fait faire un tas d'exams pour voir ce qui n'allait pas. On a commencé par la courbe de température, etc. Et puis des examens de sang. Au niveau de l'ovulation, il y avait un problème. (...) J'ai fait un test de grossesse en pharmacie, il était positif, une prise de sang le jour même. Là, on était heureux comme tout. Le docteur A., exerçant à la clinique Montaigne, je n'envisageais pas d'accoucher ailleurs. En plus, il y avait une préparation à l'accouchement très spécifique dans cette maternité, avec de l'haptonomie. C'était une philosophie différente de l'autre clinique de Châteauroux et de l'hôpital, la préparation se fait avec les papas. Ils sont présents du début à la fin de la grossesse. (...) Voilà pourquoi on a choisi cette clinique. C'est le docteur A. qui a été au centre de tout ça. Il aurait exercé à l'hôpital de Châteauroux, j'aurais accouché à l'hôpital. »

Dans cet extrait d'entretien, Brigitte mobilise certes l'avis d'amies, comme les femmes que nous verrons plus loin, pour changer de gynécologue, mais il s'agit uniquement d'un point d'entrée qui revêt en fait peu d'importance au regard de la relation qui se noue entre Brigitte et le gynécologue obstétricien. Cette première

grossesse s'avère être une grossesse gémellaire un peu difficile. A la naissance, un mois avant terme, par césarienne en raison d'une souffrance fœtale d'une des jumelles, les petites pèsent finalement et de façon inattendue 1,680 kg et 2,230kg à la naissance : l'absence de service pédiatrique sur place laisse planer un doute pendant plusieurs jours sur un transfert éventuel, ce qui angoisse les parents.

Lorsque Brigitte est à nouveau enceinte, son médecin ne travaille plus à clinique privée, mais a intégré l'équipe médicale de la maternité de Châteauroux. La question du lieu de suivi et d'accouchement ne se pose pas pour Brigitte : elle suit le Dr A., ce qui, au vu des difficultés rencontrées avec les jumelles, la satisfait pleinement.

« Et pour cette grossesse, c'est toujours le docteur A.... J'ai toujours été suivie par le docteur A., qui m'a dirigée vers l'hôpital de Châteauroux. (...). Je vous avouerais que pour moi c'était un soulagement dans le sens où après la naissance des jumelles, on avait pris conscience qu'on avait pris un gros risque. On s'est dit pour le troisième, il faut privilégier la santé du bébé et prévoir, au cas où, un service pédiatrique. Donc, cette deuxième grossesse s'annonçait au mieux. Je savais que j'allais accoucher à Châteauroux, je savais que j'allais être suivie par le docteur A. »

C'est donc sous les meilleurs auspices que s'annonce cette grossesse, même si elle regrette un peu la philosophie de la préparation à la naissance telle qu'elle est pratiquée dans la clinique privée par rapport à l'hôpital. Elle est suivie à la consultation avancée d'Issoudun (c'est plus proche de chez elle) sur proposition du Dr A. qui y vient une fois par semaine. Son attachement à la personne du médecin lui fait refuser activement l'intrusion d'autres intervenants, qu'il s'agisse d'un autre gynécologue ou des sages-femmes :

« Moi, il était hors de question que j'ai un rendez-vous avec quelqu'un d'autre, quoi que ça me soit arrivé car pour ma deuxième échographie, il était en vacances.

Il s'est avéré que cette visite ne s'est pas très bien passée. (...) Je ne pense pas qu'avec les sages-femmes ça se serait passé de cette façon, mais j'ai refusé quand même d'être suivie en alternance par les sages-femmes. Néanmoins, elles sont très sympas. Je trouve qu'être suivie par la même personne, c'est plus facile.

Je n'ai pas voulu parce que quand on est habitué à un médecin, qui connaît bien votre dossier médical, je trouvais que c'était dommage de voir quelqu'un d'autre (...) »

Deux arguments sont présents pour justifier son attachement au médecin, leur entente personnelle qui met en jeu une définition des acteurs qui va au delà de leur stricte définition par la situation d'interaction définie de façon professionnelle, et une forme de continuité des soins qui passe par les personnes : elle donne plusieurs exemples de la manière dont ces deux aspects sont plus ou moins imbriqués. Tout au départ, le contact est positif parce qu'ils ont trouvé quelqu'un qui s'intéresse à leur problème, autrement

dit qui ne compatit pas seulement, mais qui propose des traductions du problème dans un nouveau registre qui ouvre des possibilités d'action. Par la suite, lorsque, durant la première grossesse, elle doit interrompre tout déplacement, il organise des séances de rattrapage pour les cours de préparation : elle est sensible à cette manière dont le médecin prend en compte leur situation particulière et leurs désirs dans l'organisation de leur suivi. Si elle est toujours pleinement convaincue de la qualité de la personne et de ses relations avec lui, la deuxième expérience lui révèle cependant ce que ces qualités doivent à l'environnement ; les différences ressenties entre les deux grossesses sont retraduites en termes d'opposition privé/public :

« On a vu la différence entre service public et clinique privée, ça n'a rien à voir. Autant la première fois, à la clinique, on s'est mis à notre portée, on était comme des coqs en pâte alors que là le papa n'a pas pu assister à un seul cours de préparation, c'était le matin à 9 heures, le vendredi. C'était une déception quand même, hormis que j'étais plus rassurée pour accoucher. On n'a pas vécu cette grossesse en osmose tous les deux comme pour la première. Il est vrai aussi que le docteur A. est toujours aussi disponible mais plus débordé. L'hôpital est à une autre échelle que la clinique. »

L'histoire de Brigitte est à cet égard intéressante, car elle se présente comme une série de mises à l'épreuve : le changement de lieu d'exercice du médecin permet d'éprouver la force de l'attachement au médecin, la comparaison entre les deux lieux de suivi est une sorte d'épreuve de ce qui, de l'organisation ou de la personne du médecin, fait la qualité du suivi... sans que d'ailleurs, le choix effectué et l'attachement au médecin ne soient remis en cause. Sa trajectoire est donc construite entièrement en rapport avec un médecin qui est l'interlocuteur privilégié durant les deux grossesses.

2. LA PROCURATION : S'EN REMETTRE À DES SEMBLABLES

Face à la double incertitude dans laquelle elles se trouvent – incertitude sur ce qu'elles désirent, et incertitude sur les qualités de « l'offre » – beaucoup de femmes adoptent ce que nous appellerons ici une stratégie de substitution ou d'expérience par procuration, c'est-à-dire le recours à d'autres femmes, d'autres « elles-mêmes », qui deviennent en quelque sorte leurs représentantes par anticipation : les amies, les sœurs, les belles-sœurs, les cousines, les collègues de travail, les mères sont très souvent invoquées comme ayant été à l'origine d'une orientation vers tel ou tel praticien, telle ou telle maternité etc.

« Je suis allée chez mon médecin traitant à Châtillon. C'est quelqu'un que je connaissais. C'est un généraliste. La première fois, il m'a fait une ordonnance pour une prise de sang; le mois d'après, il m'a demandé où je souhaitais accoucher. Je voulais Clamecy car j'avais entendu dire du bien de la maternité. Et à cause de la

proximité. Des amies m'avaient dit que l'équipe était très sympathique, et puis Nevers, c'est plus loin, Decize c'est pareil. (...) Il était hors de question que j'aille sur Nevers, c'est loin et puis mon père y est allé récemment, ça ne s'est pas bien passé, ce n'était pas sympa. (...) Mes collègues ont toutes des enfants. Quand je leur ai appris que j'étais enceinte. C'est devenu le sujet de conversation. J'ai eu droit aux commentaires, aux conseils. J'écoutais, je discutais, mais c'est moi que ça regardait en dernier ressort. Une de mes collègues avait accouché à Clamecy. Toutes disent que c'est très bien, que c'est plus petit, qu'on a plus de temps à vous consacrer. J'avais confiance. » (Blandine)

« Ma tante voyait le docteur X en tant que gynécologue et elle en était contente, donc moi j'ai suivi. Je n'ai pas été déçue par lui, donc je vais continuer. C'est ma tante qui m'a donné le numéro de Châteauroux. » (Irène)³⁵

Le cas d'Annie est assez intéressant parce qu'elle explicite très clairement le fait que les critères sont secondaires par rapport à la possibilité de pouvoir s'en remettre à des « garants », des représentants de soi-même. Arrivée depuis peu sur la région parisienne, elle sympathise avec sa voisine, une jeune femme qui a un petit garçon de quatre ans ; elle n'est pas enceinte à l'époque et a même l'intention d'attendre la stabilisation de sa situation professionnelle pour entamer une grossesse, mais elle se renseigne assez vite auprès de sa nouvelle amie :

« Je connaissais rien sur Paris, et je lui ai demandé : c'est qui ton gynéco et t'as accouché où ? C'est là qu'elle m'a donné les coordonnées du Dr D. et de Saint Vincent de Paul. Elle consulte un jour par semaine le lundi et ça m'arrangeait bien, parce que c'est juste le jour où je travaille pas. Tout concordait. C'est pas très loin d'ici Saint Vincent de Paul, mais c'est vrai que dans le coin, il y en a d'autres, mais ne connaissant pas ni de réputation, ni rien, j'ai préféré... »

Elle rationalise a posteriori son choix en faisant état d'opinions qu'elle a eu après coup sur d'autres maternités et qui la confortent dans cette option. Mais là n'est pas l'essentiel, car même si elle trouve que l'hôpital a, tel qu'elle le voit, certains avantages par rapport à la clinique privée – non séparation de la mère et de l'enfant en cas de problèmes – elle reconnaît que si elle était restée dans sa ville natale, elle serait allée en clinique :

³⁵ Dans les deux premiers exemples cités, l'orientation porte sur la maternité, dans le dernier sur le médecin : comment interpréter ces différences ? S'agit-il du résultat d'une stratégie délibérée des femmes ? En fait, il semble que cela soit en premier lieu lié à l'état de l'offre : dans la région de Clamecy, il n'y a pas de spécialiste à proximité, et le choix se fait entre des maternités. Dans la région de Châteauroux, il y a non seulement divers spécialistes, mais la concurrence entre deux maternités situées dans la même ville. Nous verrons dans la suite que la configuration propre à Issoudun crée même des situations dans lesquelles les femmes maintiennent deux fils conducteurs tout au long de la grossesse, celui du médecin ou de la sage-femme qui suit, et celui de la maternité.

« parce que la clinique où j'aurais accouché est une clinique que je connais, j'ai beaucoup d'amies qui y ont accouché, je sais comment ça se passe, là je serais allée, mais une clinique c'est vrai ça donne l'impression d'être un peu petit comme noyau, que les gens sont un peu plus proches de vous. »

Autrement dit, on peut toujours mettre en avant des avantages et des inconvénients, mais l'important est ailleurs, dans le fait de pouvoir s'appuyer sur des expériences d'autres dans lesquels on a confiance et en lesquels on se reconnaît. Dès lors qu'elle s'est engagée par rapport à un médecin et un hôpital, Annie va se laisser prendre par la main : son médecin est le médiateur principal qui, à chaque microdécision, lui montre le chemin. Elle lui indique les cours de préparation, lui rappelle la consultation avec l'anesthésiste pour la péridurale, et même l'envoie chez la diététicienne pour réguler sa prise de poids. Comme le dit Annie, « j'ai tout fait comme une petite fille bien sage. » Cette configuration – une première orientation sur la base de relations de confiance, puis une prise en charge par le médecin et/ou l'organisation – est très fréquente. Tout se passe comme si la confiance placée dans les amies, les relations etc. se déplaçait vers le médecin ou l'établissement recommandés, de sorte qu'ensuite les femmes acceptent assez facilement de suivre les prescriptions qui leur sont adressées par les professionnels.

Ceci étant, cette « règle » doit être tempérée en considération de la nature même des dispositifs : certaines organisations prévoient d'emblée un suivi « global », c'est-à-dire qui intègrent les différentes interventions médicales, les cours de préparation, voire le conseil en diététique ou d'autres prestations particulières. D'autres, à l'inverse, soit ne prennent pas en charge tous ces aspects, soit comme à Issoudun proposent une série de prestations non strictement articulées les unes aux autres. Les femmes sont donc plus ou moins placées en position d'activité selon les configurations. Pauline par exemple qui habite la région d'Issoudun re-convoque à chaque microdécision – médecin, clinique, préparation – ses amies, ses relations et ignore les articulations éventuelles que proposent les organisations :

« J'ai été voir mon médecin traitant, qui est gynécologue, c'est un médecin généraliste et gynécologue à la fois. Une amie m'a parlé de la clinique pour l'accouchement, j'ai été voir, une autre amie de la prépa d'accouchement à Issoudun. Il y avait une prépa à la clinique, mais je me suis pas trop renseignée : Issoudun, ça évite de prendre la voiture.

C'est moi qui ai décidé d'aller voir un spécialiste, car ma généraliste, elle pouvait me suivre tout le long de la grossesse et après dans les derniers moments, j'aurais été à l'hôpital ou à la clinique. Mais, j'ai préféré aller voir un spécialiste à la clinique. Un obstétricien ça rassure, c'est vraiment son domaine. En fait, je l'avais rencontré parce que j'ai une amie qui a accouché, j'avais été à sa dernière échographie, et je l'avais trouvé très gentil le gynécologue, il n'est pas très vieux, il a entre 30 et 35 ans. J'ai trouvé qu'il expliquait vraiment très bien au niveau de

l'écho. Comme je ne connaissais personne d'autre, parce que c'était ma première, j'ai dit : elle le connaît, elle a eu affaire à lui³⁶... »

Dans les cas que nous venons d'envisager, les « garants » étaient convoqués comme autres « soi-même », qui sont « passés par là », qui ont fait l'expérience de quelque chose. Parfois, les références mobilisées par la femme sont à la fois des proches et des personnes dotées d'une certaine compétence. Dans les différents exemples dont nous disposons, aucune des personnes mobilisées n'est dans la position du professionnel qui pourrait éventuellement suivre la femme : l'une fait appel à sa mère qui était secrétaire dans l'administration de l'hôpital, une deuxième a une sœur qui travaille à la crèche et une tante infirmière, la troisième demande un avis auprès d'une amie pédiatre, une autre est elle-même secrétaire à l'hôpital. Plus la relation convoquée dans le récit par la femme est spécifiée et « solide », plus elle est déterminante dans la trajectoire de la femme. Amélie par exemple est littéralement prise en main par sa mère, ex-secrétaire de l'hôpital, qui l'emmène voir une sage-femme qu'elle connaît bien. Elle l'oriente par ailleurs vers un des gynécologues auquel elle a eu affaire et qu'elle trouve agréable. Tout au long de sa grossesse, elle a une sorte de double référence : elle vient en consultation avec le médecin pour les visites « importantes, comme les échographies », et le reste du temps, elle est vue par la sage-femme que lui a présentée sa mère ou sa remplaçante, à laquelle elle téléphone ou qu'elle vient voir dès qu'elle a une question, une inquiétude. Après la naissance, ce sont encore les sages-femmes qu'elle consulte quand elle a un « petit coup de blues » ou qu'elle s'inquiète de la santé de son bébé.

Dans certains cas, les relations familiales et professionnelles s'entremêlent inextricablement, de sorte qu'on a le sentiment qu'elles produisent une sorte de réseau indifférencié très solide. Nadine a eu son premier enfant dans sa région d'origine et elle avait choisi l'hôpital dans lequel travaillaient sa sœur et sa tante. Elle était suivie par son médecin « *de famille* », celle qui « la connaît depuis toute petite ». A défaut de pouvoir transporter ces proches avec elle, le médecin de famille va s'avérer un accompagnateur attentionné. Au moment de déménager, elle est enceinte, mais sa généraliste découvre que le fœtus est décédé ; s'agissant d'un début de grossesse, elle doit subir un curetage. La généraliste prend directement contact avec l'hôpital pour elle et lui fait fixer un rendez-vous avec un gynécologue. Lors de la grossesse suivante, Nadine se fait suivre par ce médecin. A l'approche d'un nouveau déménagement, elle s'inquiète :

« Je ne sais pas comment on va faire . Déjà, il faut trouver un médecin en qui on a confiance, chaque fois, c'est galère. Ce n'est pas évident. »

³⁶ Souligné par nous.

3. L'HYBRIDATION DES TRAJECTOIRES

3.1. Double trajectoire et double fil conducteur

Dans ce qui précède, nous avons abordé des exemples de femmes pour lesquelles une fois qu'un des mécanismes évoqués a été mobilisé - soit une délégation à l'organisation ou à un professionnel, soit la sollicitation d'un ou plusieurs avis dans leurs relations - un interlocuteur professionnel apparaît assez rapidement et finit par prendre le pas sur le reste. Cet « interlocuteur » peut être représenté soit par un médecin, généraliste ou spécialiste, soit par un dispositif (le réseau de Clamecy, la consultation avancée d'Issoudun, une structure hospitalière à Paris). A partir de là, les orientations, qu'elles fassent ou non l'objet d'une ré appropriation secondaire, sont largement déterminées par cet « interlocuteur unique ».

Comme dans les parties précédentes, les femmes que nous évoquerons ici et qui sont souvent des primipares, ne construisent pas leur trajectoire à partir d'une série de critères pré-établis. Elles s'appuient elles aussi sur des « garants » à caractère professionnel et/ou relationnel. Mais à la différence des précédentes, elles n'aboutissent pas à un « interlocuteur unique » mais à deux « interlocuteurs » qui revêtent, l'un et l'autre, une égale importance à leurs yeux. En d'autres termes, elles mettent en œuvre une double trajectoire, dont nous allons essayer de montrer la constitution.

Prisca, enceinte de son premier enfant, est suivie par son médecin généraliste, et ils envisagent tous deux de ne « passer la main » à la maternité qu'au dernier moment, soit au neuvième mois. Sa seule préoccupation, en début de grossesse est de savoir s'il faut réserver sa place pour l'accouchement. Elle habite à Issoudun, et elle a choisi d'aller à la maternité de Châteauroux, qui est à la fois proche et évaluée favorablement par son entourage familial et amical.

« J'ai appelé l'hôpital à Châteauroux et j'ai été mal reçue. On m'a dit que si je ne passais pas par l'hôpital, si je n'avais pas de dossier, je n'aurais pas de chambre. Je leur ai dit que j'étais suivie par mon médecin, que je n'avais pas besoin d'être suivie par l'hôpital pour le moment. Mon médecin voulait m'envoyer au neuvième mois voir le Dr Q. à l'hôpital. Ils m'ont fait comprendre que je n'avais pas le choix. J'ai appelé l'hôpital à Issoudun. Par contre, là les dames étaient très gentilles. Elles m'ont dit que c'était bien de me faire suivre à l'hôpital mais que je n'étais pas obligée de le faire tout de suite. Je m'y suis quand même rendue et j'ai commencé par être suivie à l'hôpital. Au deuxième ou troisième mois. »

La nature de l'échange la contrarie. Il va en effet à l'opposé de la façon dont elle s'était imaginé le suivi de sa grossesse, avec son médecin généraliste. Cependant, bousculée par le contenu de sa conversation avec Châteauroux, qui remet en cause les décisions de son médecin traitant, elle décide de ne pas en rester là et s'adresse à

Issoudun. Ses interlocutrices, bien que relâchant la contrainte exprimée par l'hôpital, lui font modifier sa stratégie : elle décide certes d'être suivie à l'hôpital, c'est à dire à la consultation avancée d'Issoudun, où elle ne verra tout au long de sa grossesse pour ainsi dire que des sages-femmes, mais poursuit néanmoins sa démarche antérieure et décide d'un suivi mensuel simultané avec son médecin généraliste. Ce faisant, elle considère que les deux suivis se complètent, les examens complémentaires et les prescriptions n'étant pas les mêmes selon les lieux de consultations. Ce double suivi a pour effet de multiplier les intervenants, puisque le généraliste l'oriente vers un cabinet en ville pour les échographies. Sa trajectoire paraît du coup relativement éclatée, pourtant, elle suit une double logique ou plutôt anticipe une double cohérence, celle de la grossesse et l'accouchement - Prisca fait le lien entre les consultations avec les sages-femmes, les cours de préparations et le lieu d'accouchement (« J'ai été à l'hôpital parce que j'avais de bonnes relations avec les sages-femmes, comme je faisais aussi les cours de préparation à l'accouchement... »), et celle définie par la santé de l'enfant qui sera suivi par le même généraliste d'autre part celui du suivi ultérieur, à l'issue de la grossesse du bébé par ce même médecin généraliste :

« J'avais envie que mon médecin continue à me suivre. Il m'a suivie dès le début et je voulais qu'il suive après mon bébé.

Vous ferez comment pour un prochain bébé ?

Je ferai les deux, pareil. Quand le bébé a été chez le médecin, il n'a jamais pleuré, il a une relation avec lui, il connaît sa voix... »

Certaines femmes choisissent, elles, de dissocier le suivi de la grossesse du lieu d'accouchement. C'est le cas de Sophie et de Tania qui, toutes deux, habitent à proximité du dispositif de consultation avancée et qui ont des trajectoires pratiquement identiques. Ces deux femmes sont, antérieurement à leur grossesse, les patientes d'un spécialiste qui continue à les suivre pendant la grossesse. Tania est suivie par un gynécologue de la consultation avancée. Au moment où elle découvre sa grossesse, elle ne se pose aucune question : elle se rend à la consultation avancée où elle voit son gynécologue jusqu'au sixième mois inclus. Assez tôt au cours de la grossesse, elle se pose la question du lieu d'accouchement.

« Le docteur X. est sur Châteauroux, je m'étais dit : j'irais peut-être à Châteauroux. J'ai eu des échos de Châteauroux qui ne m'ont pas plu du tout, car à Châteauroux, ils sont débordés. Je voulais une péridurale. On nous a dit que si on arrivait la nuit, le week-end ou les jours fériés, l'anesthésiste ne serait peut-être pas là et ça s'est confirmé. J'ai une amie qui est allée à Châteauroux, elle est restée 15 heures sans anesthésie car il était occupé ailleurs. Donc, j'ai dit : ça ne me plaît pas, je ne vais pas à Châteauroux. Après, j'avais le choix à Bourges. J'ai eu des échos, ça ne m'a pas plu non plus, c'était un peu le même style, les gens n'étaient pas aimables. J'ai rencontré quelqu'un qui était allé à Saint-Doulchard, qui en était très contente. J'ai

téléphoné là-bas et j'ai décidé d'aller à Saint-Doulchard. J'ai pris un rendez-vous avec le premier médecin qui pouvait me prendre et j'ai accouché là-bas. »

Mobilisant l'avis de son réseau de relation, elle écarte la maternité de Châteauroux et choisit une clinique sur la foi de témoignages en lesquels elle a confiance et qui lui permette de dégager un critère discriminant : celui relatif à la possibilité ou non de bénéficier d'une péridurale à tout moment. Mais à l'inverse de Prisca qui anticipait une certaine cohérence entre les différents éléments du suivi de grossesse et de l'accouchement, elle maintient très longtemps séparés les différents aspects de ce suivi : en particulier, elle choisit de suivre les cours de préparation à Issoudun, et non à Saint-Doulchard. La proximité, des rapports agréables avec les sages-femmes, la possibilité de rencontrer de ses connaissances à Issoudun – elle travaille dans une des plus grosses entreprises du coin – figurent parmi les éléments mobilisés pour justifier ce choix.

Les configurations évoquées ci-dessus renvoient, on l'a vu, à la mise en œuvre de doubles trajectoires, celles-ci pouvant être parallèles pendant toute la grossesse, comme c'est le cas de Prisca, ou successives dans le temps comme pour Sophie et Tania. Cela n'est pas sans lien avec l'offre de soins sous-jacente. Ces trois femmes vivent en milieu semi-rural où la question du suivi de grossesse et celle du lieu d'accouchement sont susceptibles de se poser de manière disjointe. Cela tient en partie à la distance existant entre le lieu de résidence et la maternité, ce qui incite certaines femmes, à l'instar de Sophie et Tania, à dissocier complètement le suivi de la grossesse de l'accouchement. Il n'empêche que selon qu'il existe ou non un dispositif qui prévoit une articulation entre ces deux aspects, cette question ne revêt pas le même sens. Le réseau de Clamecy, par la manière dont il rend visible l'articulation entre suivi de grossesse (en dehors de la maternité, par les médecins généraliste) et maternité, au travers notamment d'une explicitation détaillée du fonctionnement du réseau par la sage-femme réseau, construit une logique de parcours qui rend quasiment « imperceptible » le passage successif par le généraliste, le gynécologue-obstétricien de la maternité puis les sages-femmes de l'hôpital. Il n'est pas absurde de penser que, Prisca, en présence d'un dispositif similaire à celui de Clamecy, aurait été rassurée par l'appartenance de son médecin à un tel dispositif et n'aurait pas opté pour un double suivi tout au long de sa grossesse.

Le dispositif de consultation avancée présente une physionomie fort différente, car malgré l'ébauche d'un fonctionnement en réseau, il apparaît surtout comme une offre de soins de proximité. Dans cette optique, il propose surtout des prestations de service séparées et ne tente pas d'inscrire les trajectoires des femmes dans un tout cohérent. Dès lors, cette situation, associée à l'existence de plusieurs maternités dans la région d'Issoudun, laisse ouverte la possibilité d'envisager séparément le suivi de grossesse et le lieu d'accouchement. À Clamecy, l'existence d'un discours « intégrateur » par rapport au dispositif et relatif au parcours des femmes interdit en quelque sorte cette approche dissociée. Il est à cet égard significatif que malgré la présence dans un espace

comparable de plusieurs maternités (Auxerre (2), Avallon, Nevers), cette stratégie de dissociation ne soit pas du tout présente sur Clamecy.

3.2. Changement de fil conducteur

Dans les parties précédentes, nous nous sommes intéressés à des cas non problématiques, c'est-à-dire dans lesquels les trajectoires des femmes pouvaient se rapporter à un ou deux fils conducteurs, successifs ou parallèles, sans que ces fils conducteurs soient remis en cause. Il peut arriver qu'il y ait une rupture dans une trajectoire pour des raisons variables, parfois externes comme un déménagement, un médecin qui s'arrête d'exercer, parfois « internes » au sens où c'est l'appréciation que fait la femme de la situation qui l'amène à se réorienter. Cette réorientation peut intervenir au cours d'une grossesse ou d'une grossesse à l'autre : comme nous l'avons vu sur un certain nombre d'exemples, lorsque la grossesse et de l'accouchement se sont déroulés dans des conditions jugés satisfaisantes au vu des critères qui se sont construits peu à peu dans le cours du suivi, la plupart des femmes sont conduites à réinvestir les mêmes réseaux de soins, leur propre expérience garantissant la confiance qu'elles accordent à ces réseaux. Ici, nous allons envisager quelques cas dans lesquels cette ordonnance linéaire est brisée.

Il peut se produire que l'organisation ou le médecin ne tienne pas ses « promesses », ou du moins les promesses que la femme, sur la base des garants mobilisés, avait placé en eux. Véronique par exemple habite aux Lilas en banlieue parisienne. La famille de son mari largement implantée dans cette commune est une habituée de la clinique du même nom ; mais pour des raisons peu explicites -volonté de se démarquer de sa belle-famille ? « J'ai pas trop voulu écouter. Ça m'était pas égal mais bon, je me disais on verra bien. » - Véronique ne se laisse pas glisser sur cette pente-là. Elle a pris l'habitude de se faire suivre par la gynécologue du centre de santé voisin, et lorsqu'elle se retrouve enceinte, c'est tout naturellement qu'elle retourne la voir. La gynécologue lui conseille de s'inscrire dans une maternité, et interrogée par Véronique, lui indique l'hôpital le plus proche, et même le nom d'une sage-femme. Véronique se rend donc en confiance dans un environnement balisé par son médecin. Mais elle est rapidement mise mal à l'aise par un certain nombre de pratiques :

« La sage-femme, ça allait, mais bon, c'était au moment de tout ce qui était examen, prise de sang, urines, déjà au niveau propreté, ça laissait à désirer, je faisais pipi dans un vase, il y avait une femme qui était passée avant moi, elle rinçait juste avec de l'eau; on avait beau leur dire, j'étais pas la seule, elles s'en moquaient, elles disaient que ça n'avait pas d'importance, moi pendant ma grossesse, on a trouvé que j'avais de l'albumine... J'en avais parlé un peu avec la sage-femme. Elle m'a dit "oui vous savez, je leur ai déjà dit. Moi, je peux pas trop faire..." Les prises de sang

c'est pareil, on vous piquait à la chaîne, je ressortais : à chaque fois je pleurais, j'étais très très mal.

(...) Bon, j'avais vu arriver deux mamans en urgence. Franchement, j'aurais préféré accoucher chez moi toute seule que dans cet hôpital entourée de sages-femmes et de médecins. Je me souviens il y en a une qui est arrivée en urgence, on lui demande: mais pourquoi vous venez? Elle était pleine de contractions, c'est pas une question à poser, la pauvre femme. On l'a mise sur un lit, on l'a poussée, c'était vraiment la chaîne. »

Malgré la pré-orientation effectuée par son médecin, Véronique se sent dans un environnement hostile, pensé en référence au travail à la chaîne, vu comme un comble de la dépersonnalisation des relations. Les belles-sœurs interviennent et lui conseillent d'aller voir aux Lilas, ce qu'elle fait. Véronique passe donc du médecin comme garant, à la famille : la confiance investie dans la relation avec la gynécologue ne semble pouvoir s'étendre au delà de la sage-femme de l'hôpital ; passées les frontières de l'interaction avec celle-ci, l'environnement lui est insupportable. Une fois installée dans la maternité « familiale », tout lui paraît incomparablement plus rassurant, et elle lui reste fidèle pour ses trois grossesses malgré / à cause du décès in utero de son premier enfant. Après ce décès, l'obstétricien avoue que lors d'une échographie, il avait été alerté par la petite taille du fœtus et qu'il aurait dû faire une échographie de contrôle deux semaines plus tard ; mais à ce moment-là, il n'avait pas voulu trop s'en inquiéter peut-être parce que Véronique avait été plus ou moins traumatisée par une agression vers quatre mois de grossesse. La confiance de Véronique à l'égard du médecin et de la maternité aurait pu être ébranlée par cette histoire, mais ce serait faire l'impasse sur le fait que Véronique y « gagne » une écoute, une disponibilité, une personnalisation des relations très fortes :

« Les visites c'est tous les mois, mais vous pouvez y aller n'importe quand si vous avez un souci. Moi je sais que pour Etienne, j'avais une visite tous les mois jusqu'à 6 mois et ensuite une visite tous les 15 jours, bon, j'y ai pas passé mes neuf mois mais presque; j'y allais très souvent, on ne m'a jamais rien dit. Aussi par rapport à ce qui c'était passé, on m'avait dit faut pas hésiter à venir si ça va pas, si y a un souci, bon et puis pour Léna, j'avais ma visite tous les mois et vers la fin comme j'allais au terme, je m'inquiétais un peu, j'appelais et on me disait: si vous voulez, vous passez, on fait un peu de monitoring, on vérifie si tout va bien. »

Nous sommes ici dans une configuration marquée par un attachement progressif des différents acteurs les uns aux autres, de Véronique et de son mari avec l'obstétricien, avec le psychiatre ou psychologue de la maternité qui va les suivre après le drame du premier enfant, avec la sage-femme des cours de préparation qui, la croisant dans un ascenseur lorsqu'elle va accoucher de son enfant mort se sent obligée de rester auprès d'elle durant tout l'accouchement, avec les sages-femmes de garde qu'elle va connaître peu à peu au fur et à mesure de ses visites de contrôle... De sorte que sa trajectoire lors

des grossesses ultérieures est complètement prédéterminée : à chaque grossesse, elle suit les cours de préparation avec la même sage-femme par exemple.

Dans le cas de Patricia, c'est à son corps défendant que le médecin qui a suivi ses deux précédentes grossesses et assisté aux deux naissances en clinique privée ne tient pas ses promesses : gravement accidenté, il est obligé d'arrêter momentanément son exercice. Les remplaçants ne lui plaisent pas du tout, elle les trouve désinvoltes et n'arrive pas à reconstruire une relation du même type que précédemment. Du coup, elle interroge à nouveau son réseau de relations, qu'elle avait mobilisé tout au départ pour choisir le médecin, et entend dire qu'il y a des consultations à Issoudun, donc à proximité de son domicile, de praticiens venant de l'hôpital de Châteauroux. Cette inflexion dans la trajectoire telle qu'elle l'avait prévue l'amène finalement à expliciter ce qui a pu compter et ce qui compte désormais pour elle dans le suivi de sa grossesse et de son accouchement :

« Pour la première, je tenais à avoir un gynéco qui me suive d'un bout à l'autre, qui m'accouche. Pour moi, c'était rassurant. J'avais besoin de quelqu'un qui mette en confiance. J'ai le sentiment que quand ils suivent une patiente, même s'ils la voient de loin, il reste en mémoire les petites difficultés. Pour la troisième, j'avais moins besoin d'être pouponnée aussi, moins trouillard. Je vous avouerai que pour elle, il y aurait eu une urgence, j'étais prête à accoucher même chez le boucher... Je n'étais pas à ce point attachée à quelqu'un. »

A chaque fois, les ressources utilisées pour s'orienter par rapport à l'offre disponible sont les mêmes ; en revanche, les inflexions de la trajectoire font l'objet d'une sorte de réflexion ; en partie « subies », elles servent à redéfinir ce que l'on est, ce dont on a besoin, comment on a changé. Autrement dit, ce sont les ajustements aux situations qui se présentent, qui produisent l'explicitation des critères pertinents, et non l'inverse, ne serait-ce parce que ces ajustements se caractérisent par une redéfinition de soi-même et de son environnement. Cette redéfinition provoquée par la défection du médecin va être finalement assez profonde : comme le dit Patricia « pour la troisième, j'ai tout changé, de médecin, d'endroit, de méthode etc. ». Alors que les deux premières naissances ont été déclenchées et ont donc donné lieu à un déploiement technique immédiat incluant la péridurale, elle refuse cette fois-ci le déclenchement et la péridurale :

« La première fois, on m'a dit que c'était un gros bébé qui ne passerait pas s'il arrivait à terme. Naïvement, on a dit ok. La deuxième, la poche des eaux était un petit peu rompue et dans les deux jours qui ont suivi, on a déclenché l'accouchement. Avec le recul, on se dit que pour la deuxième, c'était peut-être justifié mais pour la première ça ne l'était pas du tout. On s'est aperçu en clinique que c'est une histoire d'organisation de leur travail. Ils programment leurs accouchements et donc c'est sûr, vous n'accouchez pas le week-end, en pleine nuit, vous n'enquiquinez pas le personnel. Ma belle-sœur qui est suivie dans le même cabinet, ils lui ont proposé sous prétexte que le bébé était trop gros. Ils trouvent toujours un petit prétexte...

Naïvement, quand c'est le premier, on ne sait pas, on ne sait pas comment un accouchement se passe. On a beau le lire et le voir, tant qu'on ne l'a pas ressenti, c'est assez flou. Pour la dernière, j'ai refusé. A l'hôpital, ils ne le proposent pas du tout, vous venez quand c'est le moment.. J'avais prévenu, j'ai dit : je veux que ça arrive à terme, je ne veux pas qu'elle soit déclenchée. »

De manière analogue, alors qu'elle ne l'avait pas fait pour ses deux premiers enfants, elle allaite la petite dernière. Elle a toujours eu envie de le faire mais voulait avoir la possibilité de donner un biberon ; or, à la clinique, les sages-femmes lui avaient dit qu'il n'était pas possible de mélanger les deux formes d'allaitement :

Entre temps, j'ai une belle-sœur qui a accouché à la même clinique avec le même gynéco, qui est passée outre ce qu'on lui disait. Quand elle est rentrée chez elle, elle faisait l'allaitement la journée, un biberon la nuit, c'est le papa qui le donnait, et la petite n'avait aucun problème. Elle acceptait bien le sein et le biberon. Donc pour Valentine, j'ai dit : j'allait, quand je ne peux pas allaiter, je donnerais un biberon. C'est un peu le regret par rapport à la clinique, j'aurais pu allaiter aussi les deux premières. »

Nous nous trouvons ici à la frontière des deux grands types de trajectoires que nous avons identifiés : l'indisponibilité du médecin qui force Patricia à se refaire une trajectoire la conduit en fait à « reprendre la main » sur son propre parcours et permet d'articuler sous la forme d'un projet personnel un certain nombre de critiques à l'encontre des expériences précédentes, critiques qu'elle laissait inactives étant absorbée par la relation avec son médecin. Elle y est aidée par l'expérience faite entre-temps par la belle-sœur qui lui permet de se confirmer certaines présomptions et de tester par procuration d'autres arrangements que ceux qui lui avaient été désignés précédemment. Cependant, malgré la belle-sœur, le contact repris en début de grossesse avec le médecin précédent, montre bien que ces éléments ne sont pas suffisants pour défaire une relation aussi solidement établie.

4. TRANSITION : DE LA CONFIANCE AUX CRITÈRES

Dans les parties précédentes nous avons vu comment, dans une situation d'incertitude qui porte à la fois sur la nature de ce que l'on recherche et sur les qualités des différentes options possibles, un nombre important de femmes, tout particulièrement des primipares, s'en remettent à des « garants » humains et institutionnels : leur trajectoire se construit par la confiance plus que par n'importe quel autre mécanisme, et cette confiance se déplace des garants aux objets, institutions, personnes garantis. Au fur et à mesure de leur parcours, les femmes sont amenées à se forger des critères d'appréciation qui leur permettent in fine d'expliquer et de justifier cette trajectoire et

éventuellement de la reconstruire a posteriori comme l'expression d'un choix. A l'issue d'un premier accouchement, soit l'expérience a été vécue comme largement positive et du coup, la confiance accordée au départ en sort encore renforcée, ce qui la conduit la plupart du temps à essayer de reproduire le même type de trajectoire lors d'une seconde grossesse ; soit l'appréciation est plus mitigée, mais la confrontation avec des acteurs, des dispositifs de soin ayant permis de faire émerger certains critères et de construire une demande plus articulée, la trajectoire suivie lors d'une seconde grossesse se construit différemment : la confiance n'intervient alors qu'en second ordre comme mécanisme permettant de croire en la description que font les autres des qualités de tel ou tel dispositif.

Dans les parties qui suivent, nous nous trouvons confrontés à des femmes qui utilisent des stratégies sensiblement différentes des précédentes, dans la mesure où d'une façon ou d'une autre, elles essaient de construire a priori un choix. Deux grands cas de figure correspondent à cette stratégie :

- certaines femmes refusent de s'en remettre à de simples mécanismes de confiance pour se laisser guider dans le système de soins obstétricaux ; elles veulent faire l'expérience par elles-mêmes de ce que sont les différentes possibilités, qu'elles aient ou non d'ailleurs une idée a priori sur les critères qui leur importent. Elles ont donc une démarche plus ou moins active selon les cas qui vise à se construire un espace de choix, à se doter des critères permettant ensuite de prendre une décision.
- D'autres femmes, et ici en grande majorité des multipares, ont une idée assez précise de ce qu'elles souhaitent, au moins sur certains aspects du suivi de grossesse et/ou de l'accouchement. Au contraire donc de toutes celles dont nous avons étudié la trajectoire jusqu'à présent, elles partent d'une liste de critères et leur démarche vise à essayer de déterminer les médecins, les sages-femmes, les établissements les plus appropriés pour mener à bien ce qui prend l'allure d'un projet, voire dans un certain nombre de cas de négocier avec ces intervenants un traitement particulier.

Dans toutes ces configurations, il est question de se positionner dans un espace perçu comme un espace « ouvert » au choix, ce qui est à certains égards antagonique avec l'adhésion qu'implique le recours à la confiance comme seul fil conducteur.

5. L'EXPÉRIMENTATION : ÉPROUVER UN ESPACE DE CHOIX

Nous nous trouvons ici face à l'attitude qui, à première vue, ressemble le plus à une attitude de type « consumériste » ; or, malgré la prégnance d'un langage issu d'une conception marchande des processus – on parle de l'offre de soins, de la demande des patients ou des femmes, on insiste sur le « libre choix » des usagers comme principe

organisateur fort de la médecine française – force est de constater que cette attitude est largement minoritaire dans les comportements que nous avons pu observer. Dans un certain nombre de cas, la question du choix se pose difficilement en raison de l'éloignement géographique, ou des contraintes administratives – qui font par exemple que l'on ne peut pas forcément être remboursé si on utilise les services d'un hôpital ou d'une clinique situés dans un autre département. Plus fondamentalement, il existe peu d'outils qui permettent de donner corps à cette idée de choix du « consommateur » : les informations disponibles sur les différents établissements sont surtout de nature administrative ou médicale (nombre de lits, présence de tel ou tel spécialiste...) ; nous verrons dans la suite qu'elles ne correspondent que très partiellement aux critères mis en avant a priori ou a posteriori par les futurs parents. Rien d'étonnant du coup à ce que les femmes qui cherchent à se construire un espace de choix soient, dans la plupart des cas, conduites à expérimenter par elles-mêmes les différentes possibilités qui s'offrent à elles.

Encore faut-il noter que cette expérimentation se fait parfois presque malgré elles, comme le montre l'exemple de Florence. Florence a déjà un enfant lorsqu'elle arrive dans la région de Clamecy. Son aîné est né dans une grande clinique du Mans, clinique qu'elle avait choisie en suivant les recommandations d'une amie. Lors de cette première grossesse, elle se fait suivre par un des obstétriciens exerçant dans la clinique ; elle noue des relations fortes avec ce médecin qui, nouvellement installé, avait encore suffisamment de disponibilité pour que chaque consultation puisse donner lieu à des échanges approfondis.

« Tout passait par le relais du gynéco, c'était lui qui me disait : voilà vous allez faire l'écho (...) c'est lui qui me disait : vous allez penser aux cours de préparation à l'accouchement, donc j'avais pris contact avec une sage femme de la clinique qui elle même avait un cabinet privé en ville, où elle me donnait les cours de préparation. (...) C'est vrai que c'était vraiment le gynéco qui a suivi ma grossesse de A à Z, et c'était une relation entre lui et moi, la confiance était totale. »

L'accouchement se déroule dans des conditions très médicalisées, très « confortables » dit-elle, avec déclenchement, péridurale et épisiotomie. La trajectoire décrite pour ce premier enfant se présente comme une trajectoire typique de celles décrite dans la partie précédente, où la confiance circule, de l'amie qui la conseille, au médecin qui la suit et à la clinique : comme, à chaque étape de son parcours, la confiance se trouve en quelque sorte validée par l'expérience qu'elle fait – ce n'est pas qu'elle se soit forgé a priori des critères d'évaluation à l'aune desquels elle jugerait cette expérience, mais plutôt que des ajustements sont constamment effectués entre son médecin et elle de sorte qu'elle a le sentiment d'en être comprise -, cela la conduit à se construire un modèle de ce que doit être son suivi de grossesse et d'accouchement, modèle qui reste très lié au dispositif local, une grande clinique très équipée, et à la

personne du médecin. D'où son désarroi lorsqu'elle déménage, pour aller de surcroît s'installer dans une région très rurale :

« Je savais qu'ici je ne bénéficierais pas d'une structure comme ça et je me disais: je ne suis pas prête à avoir un enfant, j'avais peur en fait, parce que quand on vient de la ville et qu'on est habitué à avoir tout, ça fait bizarre de se retrouver un peu isolé ; et puis nous, on habite dans la campagne et depuis qu'on est là, j'ai l'impression d'être en décalage par rapport à la modernité »

Son mari et elle souhaitent un deuxième enfant, mais la perspective d'avoir à affronter les conditions locales la fait un peu reculer, malgré le fait que, se faisant suivre du point de vue gynécologique par un obstétricien de Clamecy, elle dispose de quelques points de repère dans le milieu local. Dès qu'elle est enceinte, elle envisage d'aller accoucher à Lille où résident ses parents ou à Dijon, hôpital qu'elle a eu l'occasion de tester pour une petite opération de son aîné. Elle se fait suivre au départ par sa généraliste « qui est une amie » et décident toutes deux de « passer le relais » tôt à l'obstétricien en raison justement de cette amitié qui pourrait brouiller les cartes : l'amitié existant entre les deux femmes ne peut pas servir de garant pour une relation de type professionnel entre ces mêmes personnes ; il manque un tiers qui permette de construire une relation triangulaire d'intéressement-désintéressement, intéressement par rapport à la personne amie, désintéressement vis à vis des enjeux professionnels. Florence se fait donc suivre à l'hôpital de Clamecy non par le biais d'une chaîne de confiance, mais plutôt en raison d'une forme de défiance vis-à-vis d'elle-même et de son amie.

La sage-femme du réseau qui sent bien ses réticences déploie toutes ses capacités de conviction : elle explique à cette femme issue d'un milieu à tendance médicale ou paramédicale (son mari est vétérinaire) le fonctionnement du réseau et en particulier les liens existants entre la maternité de Clamecy et les maternités plus « techniques » de la région. Mais c'est vraiment l'expérience que fait Florence du fonctionnement effectif du réseau et de la maternité qui sera décisive : de guerre lasse, car Florence résiste aussi bien à l'obstétricien qu'à la sage-femme réseau, cette dernière lui envoie à domicile une sage-femme de PMI qui au cours de sa visite l'examine et trouvant son col trop ouvert pour un col « de 7 mois », la fait hospitaliser à Clamecy. Cette hospitalisation a plusieurs effets :

- elle lui donne à voir le fonctionnement effectif du réseau, et de la maternité et la persuade du sérieux et de la compétence des différents acteurs impliqués ;
- elle lui permet de nouer des relations fortes avec les sages-femmes qui la suivent pendant cette durée, de sorte qu'elle reconstruit des liens très personnalisés : « moi je téléphonais pour demander le moindre renseignement, je disais que c'est Mme X, on savait qui c'était ; donc ça c'est quand même... ça m'a surprise, je crois que ça doit se passer comme ça, mais je n'ai pas eu l'habitude de cette réaction. (...) Lors de mon dernier monitoring, je lui ai à la

sage-femme que j'avais l'impression de manquer au niveau de la respiration et on a travaillé toutes les deux là dessus, ça c'était très bien »

- elle constitue une sorte d'épreuve de réalité concernant les différentes options qu'elle a gardées en tête : Clamecy, Lille, Dijon ; face à une maternité réelle et non plus fantasmée, des facteurs comme l'éloignement, la rupture familiale prennent sens.

Florence finalement accouche sur Clamecy, fait l'expérience d'un accouchement moins médicalisé que précédemment et en sort pleinement convaincue que si troisième enfant il y a, elle suivra le même chemin que pour le second... Mais il a fallu qu'elle se retrouve dans une situation qui la force à expérimenter le dispositif de soins pour sortir de l'indécision et refermer l'espace de choix qu'elle s'était donné au départ. Le rôle très actif du « réseau » de Clamecy, véritable filet qui enserme les futures mères, est évidemment central dans l'orientation finale de cette trajectoire : bien que les cas de figure envisagés ici concernent des femmes qui se veulent maîtresses des décisions, les processus qui conduisent à ces décisions apparaissent beaucoup plus mélangés.

L'abondance de l'offre de soins constitue un autre cas de figure qui peut, dans certains cas, forcer à la constitution de cet acteur « décisionnaire » : à Paris, les femmes qui, en majorité, sont suivies du point de vue gynécologique par des spécialistes, peuvent se retrouver face à la nécessité de faire un choix. Jeanne, par exemple, n'a pas d'amies à qui elle puisse demander conseil, car elle vient de province et se trouve enceinte relativement jeune par rapport à ce qui se pratique dans son milieu, dans lequel les femmes font des études supérieures poussées. Sa gynécologue n'est pas obstétricienne, et donc n'a pas d'attaches particulières à un hôpital ou une clinique. Jeanne sait qu'elle veut un hôpital dans lequel elle est sûre de pouvoir disposer d'une péridurale ; son médecin lui indique deux des grands hôpitaux proches de son domicile, la Pitié-Salpêtrière et Saint Vincent de Paul. Plutôt que de se renseigner de manière indirecte, Jeanne choisit de se rendre sur place :

« A Saint Vincent, on m'a dit « mais Madame, vous arrivez trop tard ! », j'étais la 18ème ou la 20ème sur la liste d'attente ; et là ils m'ont conseillé d'aller voir en face sur le boulevard à Port Royal. J'ai été humer un peu pour voir l'ambiance, cette première approche m'a fait choisir Port Royal ; j'avais fait la même chose à la Pitié Salpêtrière : c'était tout à fait l'Assistance Publique dans son horreur. Des immenses couloirs sans une indication, on vous reçoit sur le coin d'un bureau, on vous inscrit vaguement sur une petite liste. A Port Royal, il y avait un plus gros effort sur l'accueil. Tout est refait dans le bâtiment de l'accueil, il y avait une procédure administrative qui est bien... des bâtiments beaucoup plus clairs. »

Ici encore, les critères de choix ne sont pas donnés à l'avance, ils sont peu explicites et se constituent dans la mise en rapport entre certaines caractéristiques visibles de l'organisation matérielle et certaines idées ou connaissances emmagasinées au préalable : les couloirs sans indication, la pauvreté des dispositifs mis en œuvre pour

soutenir et formaliser l'interaction entre le personnel et les femmes se transforment en indices d'une organisation bureaucratique qui ignore les individus. A l'inverse, les murs fraîchement repeints, une organisation huilée engagent à la confiance, dans la mesure où ils semblent prendre en compte le point de vue des usagers. In fine, Jeanne va plus ou moins remettre en cause cette appréciation portée au départ et regrette le caractère systématique de la prise en charge.

« Cet aspect de bureaucratie, plutôt de travail à la chaîne je l'ai plus ressenti dans les suites de couches. On a vraiment l'impression d'être un numéro qui n'a pas le droit de demander plus que ce à quoi il a droit. (...) L'accouchement ce n'est pas le plus dur. On aimerait savoir ce qu'il faut faire quand on a un petit bébé qui braille. Pendant deux jours, avec ma voisine de chambre, on aurait aimé se reposer. Mais on nous a envoyé promener quand on a demandé aux nurses de s'occuper de nos bébés la nuit. La prochaine fois, je voudrais savoir si je peux choisir pour les premiers jours d'avoir le bébé avec moi ou de le laisser la nuit. (...)... Au bout du troisième jour, une sage-femme est venue me voir pour me signifier qu'il fallait partir le lendemain. J'ai dit que je souhaitais rester deux jours de plus. On m'a bien fait comprendre que l'Assistance Publique reçoit beaucoup de monde, qu'il fallait des places pour les autres femmes qui allaient accoucher. »

Nous voyons ici encore le processus par lequel se constituent les critères qui peuvent être mobilisés lors d'une grossesse ultérieure. Jeanne n'est pas du tout dans une position consumériste vis-à-vis des services qui lui sont offerts ; elle n'a pas de grille d'évaluation a priori. L'absence de référence facilement mobilisable la conduit à expérimenter, et c'est dans cette expérience qu'elle éprouve ce dont elle a besoin ou ce qu'elle désire.

Parfois, c'est la surabondance de références mobilisables qui peut conduire à en relativiser la valeur : par exemple, Delphine vient d'une famille nombreuse – elle a vingt et un oncles et tantes et un nombre de cousins et cousines en proportion, pour la plupart implantés dans la même région qu'elle.

« C'est vrai que j'ai eu l'impression de patauger un petit peu au niveau du choix du lieu. Et puis, si on demande à l'entourage... On est coincé entre Vierzon, Châteauroux et Bourges. Moi, je connais des femmes qui ont accouché dans tous les endroits. Chacun a son opinion et ce n'est pas facile de demander conseil aux gens de l'entourage parce que tout le monde a accouché entre Vierzon, Bourges et Châteauroux et dans les mêmes proportions. »

Dans un premier temps, elle se fait suivre par son généraliste qui la connaît bien et qui, de plus, exerce à proximité de son domicile. Elle s'inscrit aux cours de piscine pour femmes enceintes d'Issoudun parce qu'elle en a entendu parler par des amies, des cousines et qu'elle adore l'eau. Parallèlement, elle prend des renseignements dans les différentes maternités envisageables : il y a une clinique réputée à Bourges, mais en cas de problèmes, l'enfant et la mère sont séparés. L'hôpital se trouve de l'autre côté de la

ville : comme elle souhaite être suivie sur place pour la fin de grossesse et s'inscrire aux cours de préparation dans la maternité où elle a prévu d'accoucher, les temps de transport lui paraissent excessifs. Châteauroux est la maternité la plus éloignée alors que Vierzon est la plus proche. Elle se décide sans conviction excessive pour cette dernière.

Mais la première consultation menée à Vierzon ne permet pas d'établir la confiance : la sage-femme ne prend pas au sérieux ses manifestations de fatigue, ce qui la conduit à se rendre à la consultation d'Issoudun – elle y connaît personnellement une des sages-femmes – où elle trouve un accueil beaucoup plus compréhensif. Par ailleurs, son mari et elle sont préoccupés par la question de la péridurale : son mari y est plutôt opposé, elle est plus hésitante. Or, ils ont appris, lors des cours en piscine assurés par les sages-femmes d'Issoudun, qu'il était possible d'utiliser d'autres types de calmants pour éviter la péridurale ; en réponse à ses questions, la sage-femme rencontrée à Vierzon la prévient que cette possibilité dépend à Vierzon de la personne qui assure la garde au moment de l'accouchement. Par l'intermédiaire des cours en piscine et d'une relation personnelle à Issoudun et au travers d'une consultation à Vierzon, Delphine et son mari font l'expérience de deux dispositifs, ou du moins tel est leur sentiment : de la même manière que la peinture des murs et les dispositifs d'accueil étaient vus par Jeanne comme représentatifs de l'organisation dans son intégralité, les rapports avec les différentes sages-femmes, celles d'Issoudun rattachées administrativement à l'hôpital de Châteauroux, celle de Vierzon sont considérés par Delphine comme significatifs des établissements. Notons ici que la sage-femme de Vierzon rend explicite le fait qu'elle ne peut pas se porter garante du traitement accordé lors de l'accouchement : « ça dépend des équipes de garde ». Du coup, Delphine décide d'accoucher à Châteauroux malgré l'éloignement relatif, car c'est là qu'elle se sent la plus assurée de ce qui peut se passer. Notons que la consultation avancée d'Issoudun, qui lui permet d'être suivie et de faire la préparation à proximité de son domicile, permet dans ce cas de bâtir un compromis à peu près satisfaisant entre confiance, continuité du suivi et proximité.

Les différents exemples que nous avons envisagés ici présentent un certain nombre de caractéristiques communes : pour des raisons diverses, les femmes ne peuvent s'en remettre à des relations de confiance pour orienter leur trajectoire ; elles ont en tête quelques critères, mais ces critères ne sont pas valorisés au point qu'ils puissent être déterminants. Florence veut un établissement à haute technicité qui la « sécuriserait », mais cela vaut-il vraiment le coup d'accoucher si loin de chez soi ? Jeanne souhaite la péridurale, mais beaucoup d'établissements parisiens la proposent... Delphine désire a priori que préparation, suivi de fin de grossesse et accouchement soient intégrés dans un même établissement, le plus près possible de chez elle, mais elle découvre en cours de route que cela ne lui suffit pas.

A chaque fois, ces femmes font l'expérience d'une ou de plusieurs organisations de soins, expérience toujours limitée, médiatisée par des dispositifs ou des personnes particulières. Il est vrai que peu d'établissements se donnent à voir de l'extérieur dans

les détails, mais la question n'est pas entièrement là : compte aussi pour les parents la qualité de leurs interactions avec le personnel médical et paramédical, qui ne peut s'apprécier que dans l'interaction même. Par qualité, il ne faut pas simplement entendre ce que l'on considère être les qualités « humaines » des personnes, au sens de la gentillesse, de la capacité d'empathie... il s'agit plutôt des compétences professionnelles et de la capacité à articuler ces compétences « techniques » à la situation particulière créée par la rencontre avec les futurs parents. Autrement dit, la diffusion d'informations « objectives » sur les maternités, leur équipement, leur personnel, leurs « pratiques » de soin ne suffirait pas à contourner cette sorte « d'épreuve de réalité » que constituent la rencontre et l'interaction avec les professionnels de l'établissement. Même si, bien évidemment, cette interaction serait modifiée par l'existence de ces supports ou procédures d'information : la fragilité de ce qui se noue par exemple entre Delphine et la sage-femme de Vierzon est directement liée à l'absence de garants autres sur lesquels elle pourrait appuyer sa confiance, que ces garants soient des personnes de son entourage ou qu'il s'agisse de garants institutionnalisés qui permettent de détacher en partie les qualités des établissements des qualités des personnes y exerçant. Imaginons par exemple qu'il existe une charte définissant les droits des patients de l'hôpital de Vierzon, Delphine aurait peut-être simplement demandé à changer de sage-femme. Dans tous les cas, la question pour les futurs parents est bien au travers d'une expérience personnelle de s'établir dans une relation de confiance minimale à l'égard des interlocuteurs et de l'établissement qu'ils se sont définis comme possibles. De même que dans la partie précédente, les critères d'appréciation se construisent au fur et à mesure de l'expérience ; cependant, ils jouent un rôle plus crucial dans l'argumentation utilisée pour justifier les choix, ce qui n'est pas surprenant dans la mesure où, par définition, les autres formes de justification envisagées plus haut ne sont pas ici mobilisables.

Il peut arriver - mais au vu de notre échantillon, cela paraît plus rare - que certaines femmes adoptent une posture plus « consumériste », c'est-à-dire se construisent un espace de choix qu'elles explorent de façon assez systématique. Là non plus, l'exploration n'est pas commandée par une grille d'évaluation donnée a priori, mais plutôt par une « méthode », une façon particulière d'expérimenter soi-même la réalité de ces dispositifs. Prenons le cas de Laurence : elle habite depuis trois ans dans la région de Soissons, mais elle veut accoucher sur Paris, car sa famille et ses amis y sont restés. Cette décision ne simplifie en rien le choix de la maternité, bien au contraire... A partir de ce qu'elle a entendu dire par ses relations, elle a songé à quatre maternités, Saint Vincent de Paul, les Diaconesses, les Bluets, et les Lilas. La première est assez vite éliminée en raison de l'impossibilité de s'inscrire si l'on ne s'y prend pas très tôt dans la grossesse. En ce qui concerne les autres, comme Jeanne, elle se rend sur place pour se faire une opinion. La clinique des Diaconesses est rapidement écartée :

« Les Diaconesses, d'abord, ça m'a fait une mauvaise impression, et il y avait un problème de place. Et puis c'est protestant et je ne le savais pas, ça m'embêtait un

peu. J'ai deux amies qui y ont accouché, elles n'étaient pas très ravies ; ça veut rien dire, chaque naissance est particulière, mais bon... »

Dans cet extrait d'entretien, Laurence utilise les avis d'amies pour étayer son argumentation ; mais cette utilisation est bien différente de celle que nous avons pu décrire dans la première partie de ce chapitre : tout d'abord, les amies interviennent en dernier rang dans la liste des raisons avancées ; elles servent non à fonder la confiance mais à renforcer une défiance déjà justifiée par ailleurs ; enfin, leur opinion aussitôt énoncée est relativisée « chaque naissance est particulière » . La volonté de se doter d'un espace de choix est donc ici liée à une expression positive de l'autonomie de la personne : ce n'est pas parce qu'elle manque de références possibles que Laurence choisit d'expérimenter, mais plutôt parce qu'elle choisit de les ignorer au nom de sa singularité. Une fois les Diaconesses éliminées, les deux maternités restantes font l'objet d'une « enquête » beaucoup plus poussée. Elle s'inscrit à la fois aux Bluets et aux Lilas, et se rend à la première visite.

« Des trois, j'ai finalement choisi la moins médicalisée. Ma belle-sœur a accouché aux Bluets. Aux Lilas, c'était une démarche comme on voulait, avec le plus de choix, par rapport à quelque chose de plus conventionnel. (...) »

Dès le premier contact aux Bluets, on rencontre la sage-femme, l'assistante sociale, le gynéco, on a un carnet de maternité plus une feuille explicative. Pour l'examen avec le gynéco, il était plus pressé qu'aux Lilas. Ça durait trois minutes et demie et on attend beaucoup entre chaque rencontre avec les différentes personnes. Il y a beaucoup de monde, c'est infernal. Ce qui pourrait être bien est très stressant. Les gens sont excédés, tout le monde est énervé. Ça ne m'a pas décidée à y aller. La sage-femme faisait l'inscription. L'assistante sociale posait manifestement toujours les mêmes questions... plutôt destinées à toutes les femmes qui ne savent pas trop bien ou qui ont des problèmes. C'est à mettre au point je trouve. C'était l'été, peut-être que c'était des stagiaires qui ne savaient pas forcément.

Les Bluets, il fallait faire tout de suite une inscription, aux Lilas, il y avait d'abord une réunion d'information. C'est là qu'il y avait le moins d'accouchement à l'année. Ça permet justement d'avoir une sage-femme moins speedée, plus tranquille. C'est pour ça qu'ils demandent de rester 6 jours et pas 5 jours, pour que la clinique soit remplie. C'était très déterminant. Il y avait aussi le fait de pouvoir garder le bébé la nuit, il y a une table à langer dans la chambre. Ce qui est un peu négatif, c'est qu'on peut être trois par chambre. Même à deux, c'est épouvantable. On peut être très fatiguée. La partie médicale a été rénovée, mais l'hébergement est un peu limite; la chambre seule, ce serait bien. Ils disent : vous êtes avec une femme qui a déjà eu un enfant. C'est pas mal...L'hôtellerie c'est pas déterminant quand on choisit une maternité. »

Laurence mobilise une multiplicité de critères qui apparaissent tout au long de sa description : l'espace, les procédures qui marquent le caractère plus ou moins

bureaucratique de l'organisation, le temps accordé à la visite, le traitement réservé aux relations parents-enfants après la naissance, les possibilités de choix quant aux techniques d'accouchement. Ce n'est pas d'ailleurs qu'a priori Laurence souhaite une naissance particulière – « je ne suis pas du tout dans la mouvance baba cool » dit-elle pour se démarquer d'une partie de la clientèle des Lilas – elle est incertaine quant à la péridurale et ne sait si elle aura envie d'utiliser la baignoire, mais elle veut, en théorie du moins, avoir le choix. La multiplication des critères passés en revue et la possibilité du choix ne garantissent en rien que les décisions prises soient des « bonnes » décisions ; tout se passe en effet comme si les critères avancés étaient des critères extérieurs par rapport à sa propre expérience, insufflés par les dispositifs et les professionnels, qui ne suffisent pas à contenir l'incertitude radicale de la primipare : « Au début, on ne sait pas, et plus ça va, et plus on ne sait pas », avoue Laurence. Il reste qu'elle veut être actrice dans la détermination de sa trajectoire, car une fois son inscription faite aux Lilas, elle ne s'en remet pas à la clinique. Ainsi, à côté des cours de préparation dispensés par les Lilas et qu'elle suit pour bien connaître l'organisation et le personnel de la clinique, elle prend avec son compagnon des cours d'haptonomie dans une autre clinique de Paris, auprès d'une sage-femme dont on lui a vanté les mérites : cette démarche est, dans son esprit, le point d'aboutissement d'un parcours personnel qui partant des livres de Françoise Dolto l'a menée à la fille de Dolto et à l'haptonomie que pratique celle-ci. De la même manière, elle retient de son passage aux Bluets l'existence d'une analyse sanguine permettant le dépistage des enfants à risque de trisomie 21, analyse qui, à l'époque, n'est pas proposée systématiquement aux Lilas. Elle prend l'initiative d'en reparler aux Lilas et après discussion, décide de ne pas recourir à cette analyse ; là encore, il s'agit de se réapproprier la décision, de s'en faire « l'auteur », tout en s'ajustant à la politique de la maternité, ce qui permet de maintenir l'accord et la validité du choix opéré au départ.

Dans ce dernier type de trajectoire illustré par le cas de Laurence, nous relevons des points communs avec les exemples précédents – le rôle de l'expérience personnelle comme modalité de connaissance et d'argumentation-justification des orientations prises – mais aussi des différences : plus exactement entre le cas de Florence, embarquée presque à son corps défendant dans l'expérimentation du réseau de Clamecy et celui de Laurence dans lequel l'expérimentation devient un point de passage obligé permettant de se construire un espace de choix, l'on observe un gradient dans « l'activisme » des personnes et dans l'importance même accordée à la possibilité de choisir.

6. LA DÉTERMINATION : RÉALISER SON CHOIX

Dans cette partie, la construction du choix revêt un sens très différent de celui que nous venons de décrire : en effet, alors que précédemment, il s'agissait d'ouvrir des

possibilités pour qu'un choix puisse s'exercer sans que les déterminants en soient donnés d'avance, ici, la question est davantage de refermer l'espace des possibles sur quelque chose, une ou des organisations, des personnes qui permettent de faire prendre corps à un scénario écrit d'avance par la femme ou le couple. Les choix sont faits, mais à quelles conditions peuvent-ils être opérants ?

Comme nous l'avons souligné dans l'introduction de cette partie, la majorité des femmes qui sont capables de spécifier ce qu'elles recherchent sont des multipares : ces femmes ont connu une ou des expériences qui ne les ont que modérément satisfaites, que cette insatisfaction apparaisse immédiatement après l'expérience en question ou à la faveur d'événements nettement postérieurs comme la rencontre avec des personnes ayant eu une expérience très différente ou la découverte de possibilités inconnues jusque là. Nous pouvons distinguer deux grands groupes à l'intérieur de cette population, en fonction de la nature de ce qu'elles mettent en avant comme critères déterminants de leur recherche : une « structure » particulière, la possibilité de contrôler le déroulement de l'accouchement et la manière dont les techniques médicales sont utilisées.

6.1. Choisir un établissement

Un premier ensemble de femmes définit ses choix en termes de structures : elles souhaitent accoucher dans un établissement ayant telle ou telle caractéristique, cette caractéristique de l'organisation étant censée garantir des formes de relation ou des services particuliers, lesquels restent relativement peu spécifiés, « quelque chose de sympa » par exemple. Gabrielle par exemple est enceinte pour la seconde fois après avoir fait une fausse couche à trois mois de grossesse : lors de cette première grossesse, elle a mobilisé le réseau de ses amies et relations pour se faire une idée des différentes maternités parisiennes où elle serait susceptible d'accoucher. Elle s'est finalement inscrite à Notre Dame de Bon Secours qui lui a été décrite comme « une petite structure publique dans laquelle il y a un environnement sympa ». Lors de la seconde grossesse, elle se refuse à investir quoi que ce soit avant que les risques de fausse couche soient à peu près écartés : elle laisse donc passer le temps et lorsqu'elle se décide à donner une réalité à sa grossesse, il est trop tard pour s'inscrire dans l'établissement qu'elle visait. Elle n'est pas très pressée de « passer le relais » à la maternité, car elle est suivie par un gynécologue avec lequel elle s'entend très bien, et qui a la possibilité de lui consacrer du temps au delà des aspects techniques des visites ; elle n'est pas non plus obsédée par cette médicalisation et si le gynécologue reste un interlocuteur de choix, c'est en raison de sa capacité à lier les différents aspects entre eux :

« J'ai une copine qui était enceinte au même moment, elle a une approche très médicalisée, elle, il lui fallait un truc hyper sécuritaire : elle a tout fait très bien comme il faut à tous les niveaux, elle faisait une échographie par mois, alors que moi c'était diamétralement opposé, moi c'était en fait le gynéco que j'allais voir c'était

vraiment l'aspect humain complètement, savoir comment je me sentais, si tout allait bien, des choses comme ça quoi... »

A partir du moment où elle commence à se préoccuper de son inscription, tous ses efforts vont être orientés vers la recherche d'une solution qui se rapproche le plus possible du modèle qu'elle s'est forgé précédemment ; elle utilise ses relations pour se faire une idée des différents établissements possibles, mais recherche aussi un conseil plus professionnel en s'adressant à une association de sages-femmes. L'hôpital le plus proche de son domicile, la Pitié-Salpêtrière, est écarté d'emblée : « C'est l'usine, c'est une ville dans la ville, enfin bon c'est un style d'hôpital qui ne me plaisait pas du tout. » Elle tente Saint-Vincent de Paul, mais en vain : « J'ai une copine qui m'avait dit de tricher sur le terme, mais deux mois et demi, ce n'était plus possible... ». Elle se retrouve avec une liste de trois maternités, les Lilas, les Bluets, et l'Institut Mutualiste Montsouris :

« J'avais téléphoné aux Lilas et aux Bluets, il n'y avait pas de problème pour me prendre, ils m'avaient même fixé une date pour une réunion d'information, et puis moi après j'ai discuté avec les unes et les autres, avec des amis et puis voilà ils m'ont quand même assez... notamment une amie qui m'a dit : « moi je connais quelqu'un qui a été aux Lilas, ça s'est très mal passé, le bébé a eu des problèmes », bon ça m'a complètement refroidie. »

Du coup, elle se rabat sur la dernière option possible, sans conviction excessive. Cette absence d'enthousiasme la rend distante par rapport à ce que propose la maternité : elle vient à quelques cours de préparation pour sentir un peu l'ambiance, mais suit plus sérieusement des cours dispensés par une sage-femme des Lilas de laquelle elle se sent plus proche. Elle continue autant que cela est possible, c'est-à-dire jusqu'à six mois, de voir son médecin habituel et fait ses échographies dans un cabinet en ville indiqué par ce médecin. Sa trajectoire est donc plutôt découpée et marquée d'une empreinte personnelle. Au delà du choix de la maternité, Gabrielle veut « réussir » son parcours, elle s'investit fortement dans cette grossesse - relativement tardive pour une première grossesse puisqu'elle a trente-cinq ans passés – et il n'y a pas d'aspect qu'elle ne veuille s'approprier. Cette trajectoire se trouve donc au confluent d'une trajectoire personnelle – la place de cette grossesse dans sa vie, la fausse couche précédente – et d'éléments extérieurs liés en particulier à la configuration parisienne marquée par une abondance et une diversification de l'offre.

Denise est dans une situation relativement proche de celle de Gabrielle : elle attend son troisième enfant, le premier étant né lorsqu'elle avait trente-cinq ans. Elle participe aussi activement à la définition de sa trajectoire, d'autant plus que les questions de santé et plus généralement de « bien-être » occupent une place importante dans sa vie : elle a l'habitude de puiser dans les ressources de l'ostéopathie, de l'acupuncture et de l'homéopathie et de gérer ainsi sa santé et celle de ses proches. Il s'agit pour elle d'apporter des réponses aux problèmes, petits et grands comme les douleurs dorsales, de la vie quotidienne en respectant une sorte de principe de précaution qui commande de

ne pas abuser des principes (trop) « actifs » mis au point dans les laboratoires pharmaceutiques. Cette pratique quotidienne lui a permis de développer une forme d'expertise qui porte à la fois sur la perception et l'analyse des sensations corporelles et sur les traitements adéquats dans chaque situation. Elle se trouve donc dans cette posture aujourd'hui communément décrite du patient-expert, à ceci près qu'il faudrait plutôt parler d'usager-expert, dans la mesure où cette expertise n'est pas spécifique d'une pathologie donnée, mais s'étant à l'ensemble des problèmes de santé.

Sa trajectoire, lors de ses grossesses, est marquée par cette attitude vis-à-vis de la santé : tout d'abord, elle reste le plus longtemps possible dans le giron de son médecin traitant, de son acupuncteur et de son homéopathe, le premier étant chargé du suivi médical standard, les deux autres étant pour elle des ressources permettant d'améliorer le bien-être et partant de là la santé de la mère et de l'enfant.

En second lieu, elle « fait son affaire » d'un certain nombre de choses et en particulier de la douleur de l'accouchement : en raison de problèmes de dos récurrents et d'une opposition de principe à une médicalisation non indispensable, elle ne veut pas de péridurale ; pour cela, elle se prépare à la fois au travers des cours de préparation à l'accouchement, mais aussi grâce à ses « supports » habituels. Plus généralement, elle n'attend pas grand chose de la technique médicale utilisée dans les hôpitaux, et espère juste qu'elle n'est pas nuisible ; elle aurait d'ailleurs volontiers accouché à la maison en vertu de cette position générale, si elle n'avait craint de se marginaliser trop violemment dans le système français. Dans ce contexte, on comprend que la confiance joue un rôle relativement limité dans la détermination du lieu d'accouchement, même si elle est fondamentale dans ses relations avec ses supports médicaux habituels : tout comme Gabrielle, la clinique ou de l'hôpital ont une place bien circonscrite dans sa trajectoire.

Enfin, elle est extrêmement sensible à la manière dont les intervenants médicaux traitent les futurs parents : il lui paraît intolérable qu'ils ne reconnaissent pas la capacité d'expertise des patients et plus généralement qu'ils se dispensent des marques minimales de politesse et de respect à l'égard des patients.

Pour son premier accouchement, elle a choisi une clinique, dans la grande ville de province à proximité de laquelle elle habite, qui a « la réputation d'être à la pointe en ce qui concerne les techniques d'accompagnement pour l'accouchement (piscine, haptonomie, chant prénatal...) ». Mais elle n'est pas tout à fait satisfaite de la manière dont les choses se sont passées, et surtout de la manière dont son compagnon et elle-même sont traités :

« Je me fais sermonner pour avoir appelé la sage-femme et ne pas m'être adressée à une personne entrée sans s'être présentée dans la salle d'accouchement. (...) »

Tous les possibles disponibles [du point de vue des techniques d'accompagnement], il fallait les demander. Je n'avais pas la tête disponible pour penser à... pendant

l'accouchement. Personne ne m'a alors proposé quoi que ce soit (si ce n'est la péridurale) (...)

Peu de place pour le papa à la clinique. Pendant le séjour, il est de passage : cela m'a semblé un énorme handicap. »

Du coup, elle décide de changer de clinique pour son second enfant et s'inscrit dans une clinique dont on lui a « vanté la bonne ambiance au sein du personnel » ; mais finalement le bilan n'est pas plus positif que dans la première expérience, au contraire :

« Le papa n'a pas pu participer à l'accouchement . En dehors de lui, quatre personnes sont présentes, l'obstétricien, une sage-femme, une aide soignante, une stagiaire dont nous n'avons eu connaissance que parce que nous nous étonnions de tout ce monde. Personne ne lui a proposé de prendre le bébé dans ses bras, voire de le baigner. Personne ne lui a parlé.

Le bébé n'a été mis à la tétée qu'une heure et demie après sa naissance et encore sur mon insistance car il fallait attendre deux heures : on ne sait jamais si... je n'ai jamais su quoi !

La prise en charge médicale dès la naissance : taille, poids, tests, aspiration, a été plus importante que l'accueil. »

Pour le troisième, elle décide de retourner à la première clinique, après avoir soupesé les inconvénients relatifs à chaque naissance, et avoir finalement relativisé les difficultés du premier accouchement : elle en assume une part de responsabilité car elle n'a pas su exprimer ce qu'elle désirait ; les expériences passées la mettent, pense-t-elle, en meilleure posture pour négocier ses relations avec le personnel médical. A chaque fois, ses critères concernent des propriétés ou des qualités qui sont attribuées à l'établissement et à son organisation et qui ne sont ni médicales, ni attachées à des personnes spécifiques.

Les deux exemples que nous avons ici analysés en détail présentent un certain nombre de points communs :

- si le choix de la maternité s'effectue sur la base de caractéristiques limitées et relativement peu explicitées, il faut remarquer que ce choix occupe une place circonscrite dans l'ensemble de la trajectoire. Autrement dit, il ne prend sens que réintégré dans ce parcours et ne peut pas s'analyser ici dans les mêmes termes que lorsqu'il représente le point d'inflexion principal de la trajectoire, à partir duquel tout le suivi va être déterminé.
- Les références à des relations de confiance ne sont pas écartées, à la différence des cas que nous avons étudiés plus haut, où il s'agissait de construire un espace de choix : elles sont ici utilisées de manière orientée, par rapport à des objectifs ciblés, et non de manière aveugle.

- Dans la mesure où l'établissement est choisi en fonction de critères déterminés, la confiance accordée n'est pas non plus aveugle : les femmes gardent une autonomie certaine sur les aspects annexes, comme la préparation à l'accouchement. Nous avons choisi de prendre comme point d'entrée le choix de la maternité, parce que c'est sans doute celui qui soulève de la part des femmes le plus de questions et qui suppose les plus longs détours : mais les trajectoires de ces femmes se caractérisent par la multiplicité des décisions prises plus ou moins indépendamment les unes des autres, selon des modalités diverses.

6.2. Maîtriser une trajectoire

Dans cette partie, sont regroupées les femmes qui se formulent des exigences précises quant au déroulement de l'accouchement et ses suites, voire dans certains cas quant au suivi prénatal lui-même et dont la trajectoire est profondément modelée par ces exigences. On peut distinguer deux grands cas de figure : dans une majorité des cas, les critères qui sont mis en avant découlent de l'analyse critique effectuée sur le déroulement d'un ou de plusieurs accouchements précédents. Ces critères eux-mêmes peuvent être scindés en deux ensembles :

- on trouve d'abord des femmes qui désirent contrôler le déroulement « technique » de l'accouchement, parce qu'elles considèrent que les méthodes employées dans leurs expériences précédentes leur ont été dommageables soit strictement sur un plan médical, soit plus largement sur la manière dont elles ont pu faire l'expérience de l'accouchement ;
- dans un second ensemble, figurent des femmes qui font le même diagnostic que les précédentes mais qui l'étendent à l'expérience du bébé lui-même et des relations entre parents et enfants : les techniques utilisées constituent à leur sens des agressions à l'encontre de l'enfant et dépossèdent les parents de leur capacité à se faire parents et à établir des relations précoces avec leur enfant.

Il existe par ailleurs des femmes dont l'attitude est marquée essentiellement par une méfiance prononcée à l'égard de la médecine occidentale, voire même la revendication d'une autonomie contre « la société » qui n'a pas à intervenir dans ce qui est pour elles un événement à caractère privé.

Contrôler la technique

Prenons le cas d'Anissa : elle a eu un premier enfant né par césarienne, elle n'est pas tout à fait sûre que cette césarienne ne soit pas imputable à la manière dont sa fin de grossesse et son accouchement ont été gérés par le médecin. A l'époque, elle a obtenu un poste d'enseignante à l'université de Châteauroux alors qu'elle était enceinte de six mois. N'ayant aucune relation dans la région, elle se rend à l'hôpital pour faire les

visites prénatales et s'inscrire pour l'accouchement, car dans son esprit, c'est à l'hôpital que se trouvent les compétences et les moyens techniques pour faire face à d'éventuels problèmes.

« Pour le premier, j'ai eu une césarienne, qui à l'époque n'était pas justifiée, dans ma tête ce n'était pas très clair. Car l'accouchement a été déclenché une semaine avant le terme. À l'époque, on m'avait fait une radio du bassin, le bébé était gros. Le médecin m'avait dit : « si vous voulez éviter la césarienne, on le déclenche une semaine avant, pour que le bébé arrête de grossir, vu que votre bassin est un peu étroit, vous aurez peut-être des chances de l'avoir naturellement ». Pour le premier, on l'a déclenché. En plus, il ne descendait pas. Après 8h de travail, il était toujours en haut. Dans ma tête, je me dis toujours : peut-être qu'il n'est pas descendu parce que ce n'était pas le moment. Il y avait toujours cette interrogation. En plus, le médecin n'était même pas là le jour de l'accouchement. Il a été provoqué et le médecin, en fait, est parti en conférence. À l'hôpital, on ne peut pas avoir un suivi comme dans une clinique, on ne peut pas exiger du médecin. Ça, je le savais... »

Le doute qui subsiste après cette expérience et la volonté d'échapper à une deuxième césarienne l'incitent à changer de médecin : en fait, avant même d'être enceinte, elle s'est renseignée et a appris qu'il existe à Châteauroux une clinique

« qui a la réputation d'être pour l'accouchement naturel. Beaucoup de femmes, qui ont accouché là, viennent de Bourges, même de Paris, parce qu'ils accouchaient avec l'haptonomie. Moi, je ne connaissais pas tout ça quand je suis arrivée pour le premier. Je ne connaissais personne. C'est au bout d'un an, un an et demi que j'ai entendu parler de tout ça et manque de bol, la clinique a fermé.. »

Un des médecins de cette clinique migre vers l'hôpital et Anissa, dès qu'elle est enceinte, choisit d'être suivie par lui plutôt que par l'obstétricien précédent. Pour mettre aussi toutes les chances de son côté (« je voulais tout faire pour que le bébé descende à temps et qu'il vienne par voie basse »), elle fait quelques séances d'haptonomie, en plus des cours de préparation classique. Le médecin s'avère conforme à ce pour quoi elle l'a choisi ; quinze jours avant le terme, une sage-femme de la préparation qui trouve qu'elle a toujours le ventre très haut, lui conseille de voir un médecin. L'obstétricienne qui assure ses consultations à ce moment-là lui conseille de faire d'emblée une césarienne. Elle rappelle du coup son médecin :

« Il m'a dit : je reste sur mes positions, on attend. Donc, j'ai attendu encore une dizaine de jours. Ensuite, l'obstétricienne a voulu me revoir et m'a proposée un autre rendez-vous pour une césarienne. Acharnement... Rebelotte, j'ai rappelé mon médecin, qui m'a dit : on peut aller encore une semaine après le terme. Votre terme, c'est aujourd'hui, on a encore jusqu'à la fin de la semaine, si vendredi il n'y a rien, on vous hospitalise le jeudi soir. Et puis, le jour J, j'ai été hospitalisée l'après-midi. Mon médecin m'a dit : même si je vous le déclenchais, il faudrait des jours et des jours pour que ça vienne et comme il y a une cicatrice de césarienne, on ne peut pas

s'amuser à la faire travailler. Donc, j'ai passé la nuit à l'hôpital et le lendemain, la césarienne a été faite. »

À côté d'Anissa qui veut s'entourer des compétences nécessaires pour éviter une seconde césarienne, Fiona, elle, cherche surtout à pouvoir faire jouer ses propres compétences : elle a eu un premier accouchement long et médicalisé aux Etats-Unis et n'a qu'une idée en tête, éviter le même scénario : elle se met à la recherche d'un hôpital qui la laisse libre de ses positions. Parisienne, elle a en principe une certaine possibilité de choix. Elle se rend tout d'abord dans une clinique privée, mais les prix lui paraissent exorbitants. Puis, elle prend contact à l'hôpital de Saint-Cloud avec un médecin a priori ouvert à ses demandes : « il me dit tu fais ce que tu te sens de faire... » ; mais dès les premiers cours de préparation c'est la désillusion :

« Je commence les cours, il y avait huit séances à l'hôpital. La première fois, il y a déjà eu toute une histoire. C'était la sage femme qui allait nous expliquer ce qu'était la contraction. Elle explique des choses musculaires, j'ai appris des choses qui n'étaient pas inintéressantes. Mais elle nous a dit: dès que vous arrivez à l'hôpital, tous les tuyaux sont branchés. Et elle nous parle des statistiques: 90% des femmes au bout d'une heure demandent la péridurale. Je dis à mon mari: tu viens à la prochaine séance et tu comprends pourquoi je ne veux pas accoucher là. Je demande : si j'arrive à l'hôpital et que j'ai envie de marcher ? Quand vous arrivez à l'hôpital, on vous met la perfusion... L'horreur. »

Elle fait parallèlement du yoga avec une femme médecin, spécialiste de la grossesse ; celle-ci lui indique des sages-femmes libérales, qui font des accouchements à domicile et à l'hôpital de Villeneuve-la-Garenne dans lequel le chef de service leur alloue un espace propre, où elles exercent comme elles l'entendent.

« Je suis allée voir la sage-femme. C'est un discours assez particulier. Elle est végétarienne. C'est très californien. Je me suis dit: tant pis. Sa phrase clé, c'était : on laisse le corps prendre son temps. C'était l'opposé de ce que j'avais vu avant où on me disait : si vous voulez, vous pouvez accoucher en 4 heures. J'ai filtré tout ce qui était autour de la bouffe et de la couleur. Tout ce qui m'intéressait, c'était le corps libre. Là je signe. Je me suis dit: j'ai rien à perdre. J'ai fait pendant trois mois ce qu'elle voulait. (...) Elles disent ouvertement: si tu veux venir avec nous, il faut faire ce qu'on te dit ; ça va aider l'accouchement. C'est pour être dans les conditions physiques les meilleures. »

Fiona, au départ, ne cherche pas particulièrement à s'investir dans une filière « marginale » ; elle essaie de trouver un hôpital ou une clinique « classique » qui lui promette de garder sa liberté de mouvement durant l'accouchement. Parce que cette demande est peu compatible avec le fonctionnement de l'obstétrique française (et peut-être plus encore parisienne) qui suppose l'installation d'une surveillance en continu, elle se retrouve finalement dans un dispositif considéré comme peu sérieux et peu sûr par beaucoup de professionnels français... alors même qu'il correspond à peu près à

l'accouchement en polyclinique tel que pratiqué aux Pays-Bas. La position marginale de ces sages-femmes en France induit certaines pratiques spécifiques, l'adoption d'un régime alimentaire et plus généralement le respect par la femme d'un certain nombre de prescriptions. Il n'est pas dans notre propos d'analyser ici ces pratiques ; disons simplement qu'au travers de ces relations fortes nouées entre les sages-femmes et les femmes, que Fiona qualifie de « brainwashing », il s'agit de construire et de tester la confiance des femmes à l'égard des sages-femmes. Fiona fait une utilisation opportuniste de ce dispositif, elle y voit la possibilité de réaliser ce dont elle a envie, à savoir la liberté de mouvement : une adhésion de surface à la démarche globale des sages-femmes en est alors le prix à payer. Cela signifie qu'une fois sa décision prise de suivre cette sage-femme, Fiona a assez peu de marges de manœuvre : aussi bien les visites prénatales que les cours de préparation sont obligatoirement assurés par la sage-femme en question. Les filières « marginales » contraignent les personnes qui s'y engagent : une des raisons en est qu'il n'y a pas ou peu de coordination possible avec les autres intervenants médicaux, en particulier parce que, du point de vue de ceux qui en sont à l'extérieur, ces filières sont décrites comme peu sûres, voire farfelues.

Contrôler l'environnement

Au delà de cette dimension strictement « technique » de l'accouchement, certaines femmes sont sensibles à la manière dont l'organisation générale des soins est susceptible d'avoir des effets sur l'enfant et sur les relations parents-enfant.³⁷ Bien que la comparaison avec l'attitude précédemment analysée donne l'impression qu'il y a ici quelque chose « en plus », ces deux aspects ne sont souvent pas disjoints dans les discours de ces femmes. En pratique, leur expérience les conduit à analyser l'ensemble du dispositif médical. Prenons par exemple le cas de Dominique ; lors de son deuxième accouchement, le bébé étant déjà né, elle se retrouve seule pendant une heure et demie dans la salle de naissance :

« Hélène s'était mise à pleurer, j'ai appelé pour qu'on me l'approche - vu la péridurale, je ne pouvais me lever- personne n'est venu, alors, malgré tout, j'ai joué les acrobates pour prendre ma puce dans mes bras... et je me suis faite gronder comme une gamine »

L'incapacité dans laquelle elle se trouve de consoler son enfant est liée à la technique d'accouchement, avec péridurale qui lui interdit de bouger, et à l'organisation, ô combien classique, qui laisse les jeunes accouchées seules pendant de longs moments : on ne peut pas dissocier les différents éléments les uns des autres. De manière analogue,

³⁷ Un certain nombre de publications ou de films (« Le bébé est une personne » de B. Martino, ou « Pour une naissance sans violence » de F. Leboyer) ont permis de montrer au grand public que le nouveau-né était très sensible à son environnement et réagissait d'une façon intelligible à cet environnement.

Bénédicte regrette la médicalisation dont ont été entourés l'accouchement et ses suites, médicalisation qui lui paraît a posteriori en partie injustifiée mais contre laquelle elle était incapable de protester à l'époque :

« Quand elle est née, on me l'a mise sur le ventre, une minute après, elle est partie en pédiatrie. Je ne l'ai pas eue, elle est restée trois jours en pédiatrie. Elle n'avait rien du tout : elle était née cinq semaines en avance, mais elle faisait deux kilos six cent grammes et elle était très tonique. Je voulais essayer de l'allaiter, je n'ai pas été aidée; à l'hôpital, ils donnent des embouts en silicone systématiquement. Elle avait un ictère du nouveau-né, on m'a dit que c'était à cause du lait et qu'il fallait que j'arrête de lui donner. Donc j'ai tiré mon lait et on lui donnait des biberons. Nous n'étions pas très prêts à avoir un enfant – nous formions un couple sans enfants depuis pas mal d'années, et donc ce n'était pas évidemment de faire une place au bébé a priori – mais toute cette médicalisation a fait qu'il a fallu à mon mari une semaine pour qu'il ose prendre son bébé dans les bras. »

Bénédicte comme Dominique vont essayer de se construire une trajectoire qui leur permette de circonvenir un certain nombre des inconvénients rencontrés lors des naissances précédentes, mais elles vont utiliser pour ce faire des stratégies un peu différentes.

Dominique distribue la responsabilité de ce qui s'est passé lors de ses deux précédents accouchements : pour moitié, elle l'attribue aux habitudes des équipes médicales et se réserve l'autre part, qu'elle impute à sa propre passivité. Infirmière en réanimation au CHU de sa région, elle n'a pas hésité à s'y faire suivre pour le premier accouchement : « Je voulais mettre toute la sécurité de mon côté. Moi aussi, à l'époque, je ne jurerai que par la technique ». Mais elle est peu satisfaite de ce qui s'y passe : durant la grossesse, elle est ballottée de médecin en médecin, et pendant l'accouchement, la sage-femme rompt la poche des eaux précocement, ce qui entraîne des douleurs très violentes, la pose d'une péridurale surdosée, l'impossibilité de pousser, les forceps, l'épisiotomie, une naissance en catastrophe avec un bébé tout cyanosé, le tout étant couronné par une infection urinaire aiguë due à tous les gestes précédents. Pour le second bébé, elle décide de ne pas recommencer la même expérience et choisit un médecin en ville... lequel se révèle « angoissé et angoissant » : il lui prescrit une amniocentèse qui met en évidence une anomalie sur le vingt-troisième chromosome, puis propose une ponction de sang fœtal au cordon que Dominique refuse, et une interruption de grossesse à six mois, ce qu'elle refuse également. Finalement le caryotype effectué après la naissance s'avère normal. La naissance en clinique privée se déroule de façon moins traumatique, malgré, encore, la rupture prématurée de la poche des eaux et la péridurale. Elle se reproche malgré tout sa docilité :

« Je trouve que j'ai vraiment été très sage (trop) envers les sages-femmes et médecins. Du coup, ils ont dû réagir avec moi comme si je n'étais pas du métier [elle

est infirmière] : on ne m'a jamais dit quand on m'a mis du syntocynon³⁸, par exemple. Quant à la poche des eaux, on m'a prévenue et je me suis laissée faire. En fait, j'avais remarqué, pour Myriam [l'aînée], que la douleur avait augmenté considérablement après ce geste mais j'ai crû (a posteriori) que la sage-femme avait simultanément branché le syntocynon et que celui-ci était seul responsable de l'augmentation de la douleur. C'est sans doute pour cela que je me suis laissée faire une deuxième fois. Mais je vous garantis que - sauf souffrance fœtale- cette fois-ci ils ne m'auront pas. »

Du coup, pour le troisième enfant, elle choisit une clinique et un médecin qu'elle sait ouverts, et met en place des outils de « négociation » qui doivent lui permettre de faire valoir son point de vue tout au long de l'accouchement. Elle rédige une liste de ces desiderata qu'elle communique au médecin et qu'elle va remettre en main propre aux sages-femmes de la maternité.

« Dès que j'ai su que j'étais enceinte, j'ai changé de médecin gynéco: je ne veux pas qu'on m'embête, qu'on m'angoisse inutilement et je voudrais maîtriser le déroulement de mon accouchement. A l'hôpital ou à la clinique précédente, je sais par expérience que ce ne sera pas possible. (...) Voici, en gros et dans le désordre, ce que j'attends pour le jour "J":

- un accueil chaleureux, calme et rassurant

- un premier examen gynéco - d'accord - mais après, s'il y a le temps avant une dilatation complète, "qu'on me foute la paix!" Pas de toucher vaginal à répétition, qu'on ne me perce pas la poche des eaux, manu militari, pas de perfusion pendant dix heures, pas de harcèlement pour la péridurale

- pouvoir aller et venir comme bon me semble

- avoir accès - dans la mesure du possible - au bain à bulles

- avoir le libre choix de ma position lors de l'expulsion

- si le bébé va bien, qu'on me le laisse

** que le cordon ne soit pas coupé tant qu'il bat*

** que la lumière soit tamisée et les voix non agressives pour le bébé*

- et après, je ne veux pas de réflexion si, au lieu d'être dans son berceau de verre, je le garde contre moi, au moins dans la journée.

- respect du sommeil du bébé : pourquoi le réveiller une demi-heure après qu'il se soit endormi pour surveiller son taux de bilirubine, de faire son test de x, y, ou z ou ... de tester son réflexe de marche automatique!»

³⁸ Hormone de synthèse qui accélère les contractions.

Elle essaie donc de déterminer par avance le plus possible sa trajectoire, en y alignant les intervenants par la mise à plat d'un programme d'action qui les engage réciproquement. Dans ce contexte, elle trouve logique de suivre la préparation à l'accouchement de la clinique de manière à parfaire l'ajustement des différents acteurs impliqués. Mais les kilomètres sont contre la logique : elle habite à trente-cinq kilomètres de la maternité et si cette distance n'est pas un obstacle pour l'accouchement, elle le redevient pour l'heure et demie de yoga. Elle trouve finalement un professeur à proximité de chez elle, qui est tout à fait en phase avec sa conception de l'accouchement et qui l'aide à se préparer à la douleur de l'accouchement ; nous y reviendrons dans la suite, disons simplement que la douleur représente dans la trajectoire qu'elle a essayé de dessiner un point névralgique. Son analyse des accouchements précédents met en exergue les gestes médicaux des sages-femmes comme cause de sa demande de péridurale ; mais pour que cette interprétation soit complètement validée, il faut qu'elle soit capable de supporter les contractions en l'absence de tels gestes. En résumé, Dominique choisit de s'inscrire dans un espace médical classique qu'elle modèle à sa manière, de façon à pouvoir y tracer sa route selon son désir.

Bénédicte a une stratégie plus radicale, c'est-à-dire qu'elle s'échappe de cet espace médical classique, puisqu'elle choisit d'accoucher à domicile, mais nous allons voir qu'elle négocie soigneusement des modalités de passage possibles entre le domicile et l'hôpital : on peut dire qu'elle s'organise elle-même sa filière, sur un modèle qui est assez proche du modèle néerlandais. Après une première naissance, « [sa] fille [l']a faite grandir », dit-elle : l'attachement qui s'est construit avec leur enfant fait revenir les parents sur les conditions de la naissance et des premiers jours après la naissance ; ils ressentent a posteriori comme inacceptables un certain nombre de choses auxquelles ils n'ont pas su réagir sur le champ ; nous constatons ici encore que l'élaboration des critères permettant l'évaluation d'une expérience peut être très décalée dans le temps par rapport à cette expérience et que, par ailleurs, l'expérience même qui est faite, ici de la maternité et de la paternité, est ressentie comme une transformation des personnes. End 'autres termes, Bénédicte dit bien comment la formulation de critères est indissociable de cette transformation personnelle et comment la volonté est le résultat de ce double processus.

Poursuivant, malgré des débuts difficiles comme nous l'avons vu, l'allaitement de sa fille elle s'abonne à une revue « Allaiter aujourd'hui », dans laquelle paraît un dossier sur l'accouchement à domicile : qu'il puisse y avoir une telle possibilité est une véritable découverte pour elle, qui la séduit immédiatement. Elle prend contact au travers d'une association avec une sage-femme qui accepte de faire des accouchements à domicile dans leur région. Après discussion, ils se mettent d'accord à la réserve près que si l'un des deux partenaires ressent à un moment ou une autre une réticence à rester au domicile, ils rompent leur accord et Bénédicte ira à l'hôpital ; la sage-femme fait aussi des accouchements dans une clinique à Marseille, mais pour Bénédicte, il est hors de question d'aller si loin, la priorité étant de rester à proximité du domicile, du cadre

familial : l'emphase est donc davantage mise sur l'intimité, et la naissance comme événement familial intime, plutôt que sur la technique seule. Pour l'heure, les relations entre la sage-femme et le couple se construisent essentiellement au travers des cours de préparation. Car, par précaution, Bénédicte se fait suivre à l'hôpital, - par un gynécologue prévenu de ses intentions et qui la considère comme « une joyeuse marginale qu'il est inutile de chercher à convaincre » - de manière à avoir un dossier prêt dans l'hôpital au cas où un problème quelconque l'obligerait à s'y rendre. Pour faire face à cette éventualité dans les meilleures conditions possibles, elle a pris des renseignements sur le SAMU, les ambulances et mesuré le temps d'accès à l'hôpital. Enfin, grâce à son généraliste qui, lui, se dit intéressé et laisse son téléphone personnel en cas de besoin, elle loue des bouteilles d'oxygène et du matériel d'aspiration. Comme toujours en pareil cas, elle se heurte à une incompréhension totale et à une désapprobation sans appel de la part de l'entourage :

« Après j'ai été très étonnée, je me suis heurtée à une hostilité... La sage-femme a arrêté de faire des accouchements à domicile, c'est trop dur personnellement. On m'a traitée d'irresponsable, alors qu'au contraire je pense qu'on était très responsables. Il y avait une pression très forte. Mon mari n'en avait pas parlé à ses parents, ce n'était même pas la peine. »

Face à des projets analogues – pouvoir décider des conditions dans lesquelles leur enfant viendra au monde –, Dominique choisit la négociation avec des partenaires plutôt bienveillants, alors que Bénédicte « refait le monde », c'est-à-dire trouve des partenaires déjà pré-alignés sur son objectif pour se construire une filière à elle toute seule. Toutes deux sont néanmoins « à l'intérieur » de la médecine, même Bénédicte qui produit un modèle – un peu saugrenu vu de France, mais tout à fait classique pour les Pays-Bas – reposant sur une analyse circonstanciée des risques et des manières de le gérer. En d'autres termes, il s'agit pour chacune d'entre elles, de redéfinir le contenu du médical et les relations entre le médical et le « reste », c'est-à-dire les relations familiales, le désir de la femme, etc.

Refuser le contrôle

Les femmes que nous avons regroupées dans cette partie ont une position plus radicale : elles ne sont pas toujours contre la médecine en général, mais elles revendiquent très fortement le droit à disposer de la médecine comme bon leur semble. Elles supportent difficilement les contraintes extérieures, surtout lorsqu'elles revêtent un caractère administratif. Fabienne tout comme Françoise ne se rendent aux « visites obligatoires » que sous la menace d'une privation des allocations familiales. La première se fait suivre par son médecin homéopathe, et ne souhaite pas disjoindre le suivi de grossesse en tant que tel de son suivi médical général. La seconde va voir sa gynécologue contrainte et forcée et finit par rompre avec elle :

« J'ai fait deux visites, une au troisième mois, une autre au sixième. Elle était fâchée parce que je ne voulais pas qu'elle m'examine. Je lui explique: je veux pas qu'on m'embête. Elle m'a dit que si elle ne m'examinait pas et qu'elle ne pouvait pas me faire faire de prise de sang, elle ne pouvait pas me suivre. Elle a écrit en gros sur le dossier "refuse l'examen!" il n'y avait aucun dialogue possible. C'était pas quelqu'un qui pouvait me comprendre. »

Par ailleurs, elle se rend volontiers aux échographies avec ses enfants – elle en a deux d'un premier mariage et un autre de son mari actuel – pour le plaisir uniquement, car elle ne veut pas que le médecin « cherche la petite bête », d'autant qu'en tout état de cause, elle est décidée à ne pas avorter.

Fabienne en revanche n'a jamais fait d'échographie et a décidé de ne pas en faire :

« Avec l'homéopathe, on discute, elle s'adapte en fonction des gens. Au huitième mois, le gynéco de l'hôpital a beaucoup insisté.. A la dernière visite, j'ai posé la question à mon homéopathe. J'ai lu que cette échographie était mal ressentie par le bébé. C'est extrêmement bruyant, il le ressent comme agression, et comme il n'est pas capable de faire la différence entre sa mère et le reste, il peut avoir l'impression que c'est une agression qui vient de sa mère. C'est pour ça que je n'ai pas tellement envie de la faire. La nuit avant, mon mari me dit: tu lui en parles, mais bon... J'ai rêvé que mon bébé se mettait à pousser sur mon ventre, je le voyais. Mon médecin, elle ne voyait pas l'intérêt de la faire, sauf avortement thérapeutique. »

De la même façon, elle refuse tout diagnostic prénatal : « On l'a toutes... l'angoisse », et rationalise son choix en constatant qu'elle a plus de risques d'avoir un accident de voiture en se rendant au laboratoire pour faire une analyse de sang que d'attraper la toxoplasmose contre laquelle elle n'est pas immunisée. En revanche, elle a suivi deux préparations pour chaque grossesse, en mélangeant préparation dite « classique », haptonomie et yoga. Elle aurait bien voulu accoucher à domicile, mais deux de ses tantes, sages-femmes, l'en ont dissuadée ; pour mener à bien son projet, à savoir éviter une médicalisation de l'accouchement qu'elle a en horreur, elle utilise les ressources familiales : elle organise avec une de ses tantes un accouchement type « polyclinique » à la néerlandaise, c'est-à-dire un accouchement en milieu hospitalier accompagnée de « sa » sage-femme, sa tante, et avec une utilisation limitée des moyens techniques.

Françoise, la plus extrémiste dans son refus des contraintes, trouve au dernier moment une sage-femme prête à faire un accouchement à la maison... grâce à une patiente de son mari, lequel est kinésithérapeute et adepte de médecine chinoise. Difficile d'en faire une règle, mais nous constatons qu'autour des deux femmes de notre échantillon dont les trajectoires sont les plus en rupture par rapport au suivi de grossesse et d'accouchement standard, il existe des compétences médicales ou paramédicales. Comparée à Bénédicte qui a organisé son accouchement à la maison en référence et en liaison avec l'organisation médicale, Françoise a une position très

différente : le suivi de sa grossesse est inégal si ce n'est inexistant ; par ailleurs, elle n'a prévu aucun parapluie si les choses venaient à mal tourner.

Je choque autour de moi. Les gens ne comprennent pas. C'est dangereux, "tu mets ton bébé en danger". Je le sais, c'est plus important d'arriver à vivre des choses merveilleuses. (...)Moi, je m'épanouis chaque jour. Très jeune, j'étais très vindicative, très casse-tout. Je pose mes valises. C'est dommage qu'on se laisse enfermer...je ne comprends pas. On est en démocratie et ce sont des obligations toujours, on génère des tas d'automatismes. C'est inquiétant, je voudrais donner autre chose que ça à mes enfants. C'est un peu difficile à vivre quand on ne rentre pas dans le moule. Je le conseillerai à personne. Il y a des choses que j'assume. S'il se passait quelque chose, je l'assumerai, on fait des choix. »

Nous nous trouvons ici à un point extrême du spectre des relations entre les futurs parents et les professionnels de la santé : nous étions partis tout au début de cette présentation, d'une délégation très forte des femmes à ces professionnels, délégation qui dans certains cas ressemblait à une sorte d'abandon de toute capacité d'action. Nous arrivons à la revendication d'une autonomie totale et d'une responsabilité qui n'admet pas de partage : Françoise aurait en fait volontiers accouché avec la seule aide de son mari, si celui-ci n'avait craint de ne pas être capable de faire les quelques gestes que fait la sage-femme au moment de la sortie du bébé.

7. CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons essayé de caractériser différentes « stratégies » employées par les femmes pour construire leur trajectoire, des débuts de la grossesse aux suites de l'accouchement. Ces stratégies ayant été amplement détaillées dans ce qui précède, nous n'y reviendrons pas ici. En revanche, nous voudrions aborder ici un certain nombre de questions transverses par rapport à la présentation faite plus haut.

Tout d'abord, il est légitime de se demander s'il existe, au delà des contingences propres à chaque histoire, des déterminants plus « profonds » qui expliqueraient les orientations que prennent les femmes. En particulier, on pourrait imaginer que plus la distance socio-culturelle est importante entre les femmes et le milieu médical et plus elles sont tentées de s'en remettre à ce qui apparaît alors comme l'autorité ; c'est exactement l'hypothèse que fait Ellen Lazarus dans son analyse des trajectoires obstétricales des femmes américaines³⁹. Nous avons volontairement omis de donner des indications sur le milieu social auquel appartiennent les femmes interrogées, sur leurs professions éventuelles et celles de leurs conjoints, sauf dans les cas où cette

³⁹ Lazarus, E. S. (1994). "What Do Women Want?" *Medical Anthropology Quarterly* vol. 8(n°1): 25-46.

information était mobilisée dans la description faite par les femmes de leurs trajectoires. L'attitude inverse pouvait conduire le lecteur à interpréter d'emblée cette information comme étant une clé d'analyse. Or, à examiner le cas des femmes qui s'appuient sur les professionnels pour la détermination de leur trajectoire, l'on constate qu'elles appartiennent à tous les milieux : une femme cadre peut tout autant d'une femme caissière de supermarché déléguer la charge de l'orientation au médecin et suivre docilement les prescriptions qui lui sont adressées. De même la mobilisation des réseaux de relation est une stratégie qui traverse toutes les classes sociales.

La situation se présente un peu différemment lorsqu'il s'agit d'élaborer des critères a priori, qui seront activés pour construire une trajectoire. Ceci étant, nous avons vu que les femmes appartenant à cette catégorie sont avant tout des multipares ; par ailleurs, l'environnement médical existant n'est pas indifférent à la manière dont les questions peuvent être posées par la femme, qui prend position par rapport à un ensemble de possibilités et qui se saisit ou non d'une certaine définition de son rôle et de ses compétences, définition tendue par cet environnement. Au delà de ces éléments, on constate que ces femmes ont besoin pour élaborer des critères, formuler un projet, négocier avec d'autres acteurs de ressources spécifiques. Mais ces ressources peuvent être assez variées et plus ou moins incorporées selon les cas. Un certain nombre de femmes, ayant un certain niveau d'éducation, vont se documenter par elles-mêmes, se procurer des ouvrages médicaux, se mettre en contact avec des interlocuteurs compétents par rapport à leur problème. D'autres, proches de milieu médical, auront à leur disposition des possibilités de recours et de négociation plus ouvertes que la moyenne. Cependant, il n'est pas besoin d'avoir à disposition de telles ressources pour être capable de construire une trajectoire et son argumentaire : d'autres acteurs peuvent être tout à fait importants dans cette élaboration. Dans certains cas, ce sont les professionnels eux-mêmes qui peuvent fournir certaines clés : à partir d'une définition minimale de son projet, une femme peut, au travers du contact avec certains médecins ou sages-femmes, nourrir ce projet, lui donner sa consistance. N'oublions pas que, dans la plupart des cas⁴⁰, les récits utilisés dans notre analyse proviennent d'interviews faites a posteriori, ou assez tard dans la grossesse, donc à un moment où cette élaboration est déjà assez avancée. En particulier, nous avons pu relever que, dans ce groupe de femmes, le recours à différents professionnels susceptibles de fournir une grille alternative d'analyse des phénomènes corporels et psychiques - homéopathe, acupuncteur, ostéopathe, professeur de yoga - est assez fréquent. Une autre ressource qui est utilisée par les femmes est constituée des associations : dans un certain nombre de cas, la réflexion peut s'être amorcée à l'occasion de l'allaitement d'un premier enfant et au contact pris par exemple avec la Leche League. A cette occasion, des contacts se

⁴⁰ Mais pas tous, puisqu'un certain nombre de témoignages utilisés proviennent de femmes ayant tenu leur journal, dont nous pouvons suivre l'évolution.

nouent, des relations se créent et tout ceci contribue à transformer petit à petit les points de vue des femmes, qui réécrivent ainsi avec d'autres leur histoire et se projettent de la même manière dans une maternité future. Le contact avec les associations peut aussi être plus léger et s'effectuer par le biais de publications. Quoi qu'il en soit le rôle des associations est souvent important surtout lorsqu'il s'agit de construire des trajectoires un peu déviantes par rapport à ce qui est proposé par le système de soins. Les ressources nécessaires à ce travail d'élaboration peuvent donc aussi bien avoir été incorporées de longue date par les femmes ou être apportées par des éléments extérieurs : ceci permet de comprendre comment la capacité de négociation des femmes vis-à-vis des professionnels, détenteurs d'un savoir spécialisé, n'est pas simplement liée au niveau socioprofessionnel des femmes.

Nous avons insisté tout au long de ce chapitre sur la relative indétermination des femmes et avant tout des primipares quant à la qualification a priori de ce qu'elles recherchent. Cette indétermination est peut-être en rapport avec la pauvreté des descriptions que donnent les dispositifs de soins d'eux-mêmes et surtout sur leur incapacité à traduire ces descriptions dans un registre qui soit pertinent pour les femmes. Ceci étant, la question est aussi liée à l'incertitude des femmes quant à leur désir : nous reviendrons largement sur ce point dans le chapitre sur la péridurale. En ce sens, considérer que l'apport d'informations ou l'amélioration de la communication au sein des institutions médicales est le moyen de redonner davantage la main aux femmes et de leur permettre de mieux négocier leur trajectoire, représente une vue partielle des problèmes. Nous avons vu plus haut qu'il était souvent difficile de détacher le contenu de l'information de celui qui la donne, ce qui implique qu'elle n'a pas seulement valeur d'information mais plutôt de prescription, de conseil, d'avis. Autrement dit, la double incertitude des femmes se traduit davantage par une demande d'engagement réciproque (je place en vous ma confiance, dites-moi que faire, et je vous suivrai), que par une demande d'information. C'est d'un certain point de vue ce que réussit très bien le réseau de Clamecy par l'intermédiaire, entre autres, de la sage-femme réseau qui construit la confiance en même temps qu'elle déploie tous les engagements qui ont été pris potentiellement par les acteurs du réseau à l'égard de toute femme enceinte : l'information qui est dispensée ne peut pas être abstraite de ce contexte dans lequel il s'agit de faire adhérer les femmes à une organisation, davantage que de leur présenter une liste ouverte d'options sur un mode « consommateur ». Par ailleurs, le recours massif des femmes à des « témoins », des personnes qui ont une expérience personnelle de ce dont ils parlent, montre bien que le langage de description utilisé par les professionnels n'est pas suffisant, elles ont besoin d'opérateurs de traduction qui permettent de construire des représentations qui aient du sens pour elles.

Nous avons insisté tout au long de ce chapitre sur le fait que les critères mis en avant ne sont pas, la plupart du temps, donnés d'emblée au début de la grossesse, mais se construisent tout au long de la trajectoire de la femme dans sa rencontre avec les différents acteurs et dans l'expérience concrète qu'elle fait des dispositifs. Si notre

présentation a privilégié les modalités de construction de la trajectoire comme point d'entrée et si les critères ne peuvent pas être considérés comme les déterminants de cette trajectoire, il ne faut pas sous-estimer leur rôle dans l'élaboration que fait a posteriori la femme de son parcours : c'est au travers de l'explicitation de certains critères, qu'ils soient fournis par l'entourage ou construits au cours de l'expérience, que se joue la réappropriation par la femme de sa trajectoire comme l'expression d'une volonté ou d'un choix personnel qui sera ensuite mis en avant lors d'une grossesse ultérieure. Quels sont donc ces critères ? Nous en examinerons quelques-uns ici, sachant que cette question a déjà été abordée de façon plus ou moins directe dans l'analyse de chacune des trajectoires exposées précédemment.

Ils peuvent grossièrement être scindés en deux groupes :

- des critères « génériques » décrivant des propriétés des professionnels ou des organisations qui peuvent être détachées des personnes, qu'il s'agisse des parents eux-mêmes ou des autres intervenants
- des critères « spécifiques » qui sont liés aux personnes impliquées.

Dans la première catégorie, figure tout d'abord la **compétence technique** : on constate que cette compétence n'est pas systématiquement mise en avant par les femmes interrogées. Dans la plupart des cas cependant, on peut faire l'hypothèse que si ce critère n'est pas explicité, c'est qu'il va de soi : il apparaît surtout lorsqu'il s'agit de justifier une réorientation par rapport à une trajectoire « naturelle », comme lorsqu'une femme choisit, après une première visite avec son généraliste, de s'orienter vers un gynécologue obstétricien, ou lorsqu'elle choisit de changer de médecin après une première naissance. Cette compétence peut être définie de manière générale : « les obstétriciens sont les personnes les plus aptes à gérer les grossesses et les accouchements » ou bien « à l'hôpital, on est sûr qu'il y a toutes les compétences nécessaires ». Elle est parfois spécifique par exemple lorsqu'Anissa choisit un médecin qui est supposé avoir des compétences particulières utiles pour éviter une seconde césarienne.

Deuxième critère générique : **la sécurité**. Un certain nombre de praticiens considèrent que les parents sont demandeurs avant tout de sécurité, ce qu'ils retraduisent en termes d'équipements et d'utilisation de techniques : là encore, l'analyse de notre matériau nous incite à la nuance. Nous avons cité le cas d'Annie qui rationalise son choix parisien en mettant en avant le fait que l'hôpital est un lieu de sécurité dans lequel une prise en charge de la mère et de l'enfant peut être assurée, tout en reconnaissant que, dans sa ville d'origine, elle aurait accouché en clinique parce qu'elle y aurait été mise en confiance par les expériences de ses amies. Autrement dit, les garants institutionnels de la sécurité peuvent être moins forts que ceux que constituent les relations personnelles. Par ailleurs, conformément au discours des professionnels, la sécurité, lorsqu'elle est mise en avant par les parents, est massivement assimilée à la présence d'un service de néonatalogie sur place, et est donc considérée comme une propriété des établissements,

de leur niveau d'équipement et du nombre des spécialistes qui y travaillent : elle n'est pas attachée à la qualité spécifique de tel ou tel praticien. Notons que l'argument sécuritaire n'est souvent présent que de manière indirecte : les parents choisissent tel établissement non parce qu'il est plus sûr mais parce qu'en cas de problème, la mère et l'enfant ne seront pas séparés. Autrement dit, ils considèrent en quelque sorte que les conditions de sécurité seront assurées quoi qu'il arrive – et ils s'en remettent aux professionnels de santé pour cela – mais veulent simplement assurer ce qui les regarde à savoir la proximité mère-enfant. Enfin, les parents qui mettent cet élément en avant – et ils sont très minoritaires – ont, directement ou indirectement, fait l'expérience de ce type de problèmes. La belle-sœur de Francine a accouché de jumeaux qui ont dû être transférés, expérience que Francine mobilise pour justifier que, pour son premier enfant, elle se soit inscrite dans l'établissement de référence : notons que pour le second, malgré des problèmes de tension durant la première grossesse qui se termine par une césarienne, cet argument s'efface au profit d'autres éléments comme la proximité.

Bien que la référence à la **continuité** des soins, notre troisième critère, ne soit pas rare, l'on constate qu'elle renvoie à des configurations pratiques assez diverses. Pour certaines femmes, la continuité des soins passe par la personne du médecin : pour Prisca par exemple, cela justifiait qu'elle soit suivie en parallèle par son généraliste (continuité des soins pour le bébé), et par les sages-femmes (continuité des soins obstétricaux). Pour les femmes de Clamecy, cette continuité s'inscrit essentiellement dans les dispositifs de coordination, tel le carnet de grossesse qui permet que se transmettent les informations d'un intervenant à un autre : de fait, malgré la multiplicité des intervenants (médecin traitant, sage-femme réseau, obstétricien, sages-femmes de la maternité), aucune ne vit ce parcours comme éclaté.

Enfin, dernier critère générique, **la place du père** et plus généralement de l'espace familial. Les femmes sont assez sensibles à ce point, avec une position que l'on pourrait qualifier de constructiviste ; la question de la place du père n'est pas envisagée en toute généralité, mais elle est toujours pensée au travers de dispositifs quasi-matériels : cela va de la possibilité de prendre un repas dans l'établissement, à la place presque physique qui lui est accordée durant l'accouchement, jusqu'aux méthodes consacrées, telles l'haptonomie, qui désignent une place très précise au père. Au delà de ces aspects, certaines femmes mettent en avant la possibilité de recréer une certaine **intimité** familiale : chambre individuelle, table à langer dans la chambre etc. peuvent être valorisées de ce point de vue. Ce critère de l'intimité peut être modulé de différentes manières et osciller d'une exigence « consumériste » - des chambres individuelles – à une « philosophie de la naissance », qui met en avant le caractère familial de l'événement ou, le naturalisant, considère les interventions étrangères comme des entraves au bon déroulement de l'accouchement.

La **qualité des personnes dans l'interaction** et la **personnalisation des rapports** avec le médecin représentent les deux principaux critères spécifiques. Dans tous les cas,

ces critères sont élaborés au cours de l'expérience vécue et sont mobilisées dans une argumentation faite a posteriori. La qualité des personnes dans l'interaction peut renvoyer à des éléments divers : cela peut aller de la qualité « pédagogique » du médecin (« Je l'avais trouvé très gentil le gynécologue... J'ai trouvé qu'il expliquait vraiment très bien au niveau de l'écho. »), au temps qu'il accorde à ses patientes, à sa capacité à « mettre à l'aise » les personnes, voire aux marques de respect qu'il dispense aux personnes – en l'occurrence, il vaudrait mieux dire aux marques de non-respect, car c'est en général une attitude irrespectueuse qui rend manifeste l'exigence de respect. (« Je suis arrivée au cabinet, il y avait un nouveau remplaçant qui avait les pieds sur le bureau, je ne le connaissais pas. Il n'avait pas mon dossier. Il me demandait pourquoi je venais, alors que j'étais énorme. Il était très déplaisant. Donc, la colère m'a prise et j'ai cessé d'aller dans ce cabinet. »)

La personnalisation des rapports doit s'entendre comme la création d'un lien, entre un médecin et des parents, qui rend difficile la substitution du médecin en question par un autre professionnel. Cette personnalisation peut être envisagée comme un moyen optimal de réaliser la continuité des soins : elle est alors surtout « technique », au sens où elle implique l'incorporation par le médecin d'une connaissance du dossier de sa patiente. Elle est aussi vue comme le support privilégié de la confiance : la répétition des interactions permet de s'assurer et de se rassurer sur la compréhension mutuelle (« Pour la première, je tenais à avoir un gynéco qui me suive d'un bout à l'autre, qui m'accouche. Pour moi, c'était rassurant. J'avais besoin de quelqu'un qui me mette en confiance. » ; « C'était en fait le gynéco que j'allais voir ; c'était vraiment l'aspect humain complètement, savoir comment je me sentais, si tout allait bien, des choses comme ça. »).

Par ce réexamen de quelques-uns des critères utilisés par les femmes, nous avons voulu montrer l'existence de points d'appui qui définissent une perspective des femmes ou des couples qui n'est pas réductible à la perspective qui peut être développée par les médecins ou ceux qui organisent le système de soins. L'appropriation, même faible, de leur trajectoire par les femmes passe par la mise en œuvre de principe de jugement, d'arguments qui leur sont propres. La prise en compte de ce point de vue spécifique des parents passe par l'élaboration de formes de représentation pérennes des parents, à tous les niveaux du système de soins, des établissements aux instances départementales et régionales ; ces formes de représentation peuvent elles-mêmes être diversifiées et aller du traitement systématique et de l'actualisation des questionnaires distribués aux femmes à la sortie de l'établissement, à la mise en place d'instances permettant à des représentants de participer à l'évolution du système de soins. Les tendances actuelles de prise en compte accrue des usagers dans le secteur de la santé semblent en tous cas dessiner une évolution allant en ce sens.

Chapitre 6

La péridurale, un choix des femmes ?

Dans nos sociétés, l'accouchement a longtemps été inséparable de l'idée de douleur, au point qu'autrefois l'expression « les douleurs » était utilisée pour désigner le processus de l'accouchement lui-même. Les cinquante dernières années ont cependant vu se développer des techniques variées, de l'accouchement psychoprophylactique à la péridurale, qui avaient toutes pour objectif de faire échapper les femmes à la malédiction biblique. Peut-on pour autant dire qu'un chapitre s'est définitivement clos dans l'histoire de la naissance ? S'il est vrai qu'en France, aujourd'hui, une large majorité des femmes accouchent sous péridurale, les débats ardents qui ont jalonné ces évolutions conduisent à nuancer cette hypothèse : il semble que chaque innovation ait contribué à élargir l'espace des possibles, à la fois de par ses caractéristiques propres mais aussi en suscitant des contre-modèles. En conséquence, les rapports entre les techniques utilisées, le sens de l'accouchement, la place de la femme etc. sont encore pour longtemps en discussion.

Les revendications « féministes » en la matière peuvent être grossièrement scindées en deux tendances : la première s'est développée à une période où l'analgésie péridurale, qui supprime la douleur sans altérer la conscience, commençait à apparaître timidement et où régnait encore l'accouchement dit « sans douleur », lui-même issu de l'accouchement psychoprophylactique. Celui-ci, apparu dans les années 50 en France, était basé sur l'idée que l'accouchement, processus physiologique, ne pouvait être douloureux et que la douleur provenait d'un conditionnement inadéquat : parce que, durant des siècles, l'on avait répété aux femmes qu'elles ne pourraient que souffrir durant leur accouchement et qu'on les avait maintenues dans l'ignorance du fonctionnement de leur propre corps, la plupart d'entre elles, paralysées par la peur,

n'échappaient pas à leur « destin ». L'antidote proposée consistait en une information dispensée aux femmes détaillant les mécanismes de l'accouchement, accompagnée d'une formation à quelques techniques corporelles permettant à la femme de garder son contrôle et de gérer la douleur. Aux yeux de leurs promoteurs, ces méthodes avaient une vertu émancipatrice : les femmes accédaient à la connaissance d'elles-mêmes et pouvaient contrôler les étapes de leur accouchement. Point de vue récusé par certaines critiques féministes pour qui ces techniques représentaient une double imposture : non seulement elles ne supprimaient en rien la douleur, mais en en contenant les signes extérieurs, elles faisaient croire à l'entourage que cette douleur était inexistante⁴¹. Dès lors que la péridurale est apparue comme une possibilité sérieuse, la conclusion a été vite tirée : pourquoi continuer à adhérer au « mythe lénifiant » de l'accouchement sans douleur alors qu'existent des moyens modernes de supprimer la douleur sans altérer en rien l'expérience de la naissance ? Ce mouvement a connu son point d'aboutissement lorsqu'à la fin des années 80, Simone Veil a étendu le remboursement par la sécurité sociale de la péridurale à toutes les femmes qui désireraient en bénéficier, sans condition d'indication médicale. Venant d'une femme ministre qui avait permis la libéralisation de la contraception et de l'avortement, cette mesure est apparue comme une victoire des femmes accédant enfin à un droit fondamental. Il restait encore à mettre en place les moyens nécessaires pour que cette loi ne reste pas lettre morte : à l'exception des petits établissements, les hôpitaux et cliniques ont réagi rapidement puisqu'au début des années 90, la moitié des femmes accouchaient sous péridurale en France.

La seconde tendance « féministe » qui s'est développée plus ou moins en parallèle avec la première insiste davantage sur le droit des femmes à disposer de leurs corps, en opposition avec l'emprise croissante des techniques et l'interventionnisme des médecins en matière obstétricale⁴². Il s'agit ici de combattre un pouvoir médical exercé sans partage, de revendiquer l'autonomie des femmes et de faire valoir leur droit à prendre part aux décisions les concernant : cette position, qui peut être étendue à toute situation médicale, prend une coloration particulière du fait que les auteurs mettent en avant le fait qu'il s'agit ici d'un événement, a priori physiologique, où seuls les corps des femmes sont en cause et qui relève davantage de la sphère privée que de la médecine.

Cette position a rencontré différents courants, eux-mêmes parfois liés entre eux, avec lesquels elle a ménagé des compromis en certains endroits ou certaines occasions⁴³ : le

⁴¹ Marie-José Jaubert, *Les bateleurs du mal-joli. Le mythe de l'accouchement sans douleur*, Balland, 1979, 260p.

⁴² Françoise Edmonde Morin, *Petit manuel de guérilla à l'usage des femmes enceintes*, Paris : Seuil, 1985, 216 p.

⁴³ Le mélange peut « prendre » dans des circonstances particulières comme la menace de la fermeture d'un lieu particulier, la maison de naissance de Sarlat par exemple. On trouve aussi des comportements « opportunistes » où il n'y a pas à proprement parler mélange mais plutôt « détournement » ; par exemple, une de femmes que nous avons

courant autour de Michel Odent qui prônait le respect maximal des processus physiologiques basé sur une vision optimiste de la Nature, les courants proches de la psychanalyse pour lesquels l'accouchement est une re-naissance de la femme qui nécessite un grand espace de liberté pour s'accomplir, des courants qu'on baptisera « intimistes » qui accordent une grande importance à la dimension familiale de la naissance et tendent à privilégier le domicile comme lieu d'accouchement... aujourd'hui, des associations d'usagers qui militent pour le développement de maisons de naissance, gérées par des sages-femmes, dans lesquelles la médicalisation serait beaucoup plus légère qu'en milieu hospitalier. Dans cette mouvance au sens large, divers inconvénients relatifs à la médicalisation en général et à la péridurale en particulier sont dénoncés : inconforts, désagréments post-partum tels ceux engendrés par les épisiotomies, impossibilité pour la femme de participer, d'être actrice de son accouchement, difficultés à « vivre » l'événement naissance, violences à l'encontre de l'enfant créées par des gestes vus comme inutiles, complications médicales entraînées par la médicalisation elle-même, manque d'intimité, conditions médiocres pour l'instauration des relations mère-enfant etc.

De même que les partisans de la péridurale insistaient sur l'idée que les femmes devaient avoir le choix, en d'autres termes que la décision ne devait pas être entre les mains des médecins, ceux qui militent pour une certaine démedicalisation demandent aujourd'hui que l'on offre des possibilités de choix aux femmes et aux couples. La femme se trouve installée ainsi en acteur autonome⁴⁴, rationnel⁴⁵, maître de ses décisions, ayant une information satisfaisante sur chacune des options disponibles et capable de déterminer ses préférences. L'organisation actuelle des maternités a pour

interviewées et qui a accouché avec une sage-femme libérale, plutôt dans une mouvance psychanalytique disait : « Je suis allée voir cette sage-femme. C'est un discours assez particulier. Elle est végétarienne. C'est très californien. Je me suis dit : tant pis. Sa phrase clé, c'était : on laisse le corps prendre son temps. C'était l'opposé de ce que j'avais vu avant où on me disait : si vous voulez, vous pouvez accoucher en 4 heures. J'ai filtré tout ce qui était autour de la bouffe, de la couleur, de la psy. Tout ce qui m'intéressait, c'était le corps libre. Là je signe. »

⁴⁴ Pour E. Gagnon (« L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 16, n°1, p. 49-72, mars 1998), la notion d'autonomie est centrale dans la manière dont la médecine en général se représente aujourd'hui le patient, et dans la manière dont le patient lui-même se définit face (contre) à l'institution médicale.

⁴⁵ Nous sommes ici dans une rationalité définie de façon assez rigide et surtout capable de ménager une continuité temporelle qui va de la décision à son application et à ses suites. Ceci étant, les sciences sociales font toujours ou presque l'hypothèse de cette rationalité, et cherchent à la restaurer en étendant les registres de l'interprétation, contre les accusations de certains acteurs, comme les soignants, portant sur l'irrationalité des conduites des patients (Sylvie Fainzaing, « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades », *Sciences Sociales et Santé*, Vol.15, n°3, p.5-22, septembre 1997)

objectif de créer les conditions de fonctionnement d'un tel modèle « consumériste »⁴⁶... du moins en ce qui concerne la péridurale, puisque la loi autorisant le remboursement de cette analgésie sur simple demande de la femme construit de fait un espace de décision qui lui est propre.

Dans ce chapitre, nous nous proposons de revenir sur les conditions pratiques dans lesquelles se détermine l'usage ou le non-usage des techniques analgésiques, principalement la péridurale, puisque la panoplie des outils disponibles s'est resserrée autour de cette technique. Nous interrogerons en particulier cette notion de choix, qu'accompagne l'idée de décision, et qui se trouve au cœur des représentations que se font les différents acteurs concernés. De ce point de vue, la péridurale représente un point extrême dans les situations médicales, car s'il est question de plus en plus d'associer les patients aux décisions thérapeutiques, il est rare qu'en théorie du moins, la décision soit autant du côté de l'usager. Face à un modèle supposé « archaïque » de la médecine dans lequel le pouvoir appartient tout entier aux praticiens, le patient étant réduit à sa pathologie, la péridurale ou plutôt le choix qu'elle implique dessine un espace dans lequel les praticiens deviennent des prestataires au service d'usagers informés, libres de prendre leurs décisions en fonction des critères qui leur sont propres⁴⁷. Partant de ce modèle, nous nous demanderons dans quelle mesure il est performant pour décrire la manière dont les femmes se représentent leurs trajectoires ; nous analyserons leurs récits pour identifier ce qui à leurs yeux a déterminé leur parcours, ce sur quoi ont porté leurs décisions éventuelles et comment ces décisions se sont prises.

Nous nous appuyerons sur l'ensemble des entretiens que nous avons réalisés avec des femmes dont nous avons vus qu'ils correspondent à des femmes de milieux très diversifiés, de régions variées et ayant accouché dans des hôpitaux, des cliniques variables en taille et en équipement, voire à domicile. En dehors de ces entretiens, quelques femmes ont accepté de tenir des « journaux de bord » durant leur grossesse, ce qui nous a permis de voir comment se construisent jour après jour les trajectoires de certaines femmes enceintes. Enfin, ce matériau est complété par des entretiens réalisés avec des médecins et des sages-femmes.

⁴⁶ Wiles et Higgins (« Doctor-patient relationships in the private sector : patients' perceptions », *Sociology of Health and Illness*, 1996) montrent qu'en Grande-Bretagne au moins, l'organisation des soins dans le secteur privé a favorisé l'émergence d'une position consumériste dans la relation des patients à leurs médecins, mais cette tendance est sans arrêt contrebalancée.

⁴⁷ En dehors de quelques contre-indications médicales.

1. SAVOIR CE QUE L'ON VEUT, LÀ EST LA QUESTION

La péridurale et les dispositions en matière de sécurité sociale qui l'accompagnent ont installé en théorie des possibilités pour la femme d'exprimer des préférences quant au déroulement de son accouchement. Comme cela a été observé sur le cas de l'avortement, le passage de la théorie à la pratique suppose la bonne volonté des professionnels et la mise en place d'une organisation adaptée, en l'occurrence la disponibilité d'un anesthésiste. Dans un certain nombre d'établissements, cette évolution s'est faite rapidement peut-être parce qu'elle était soutenue par des objectifs complémentaires : amélioration des conditions de sécurité, meilleure « attractivité » de l'établissement dans un contexte de concurrence et même de lutte pour la survie⁴⁸. Tous les établissements ne sont pas encore « égaux » de ce point de vue, car, dans les hôpitaux de faible importance, les anesthésistes doivent d'abord faire face aux situations d'urgence médicale et n'assurent que ces cas d'urgence la nuit et les week-ends. Ceci étant, dans la quasi-totalité des maternités françaises aujourd'hui, la question de la péridurale est susceptible de se poser au moins une partie du temps. Très souvent, elle est préparée par des séances d'information proposées aux parents qui se voient expliquer les différentes possibilités offertes, le déroulement des opérations, les risques, les bénéfices, les conditions nécessaires. Par ailleurs, lors de certaines visites de suivi, le médecin ou la sage-femme s'enquiert des desiderata de la femme en la matière et, en tous cas, rappelle qu'il est souhaitable, dans le cas où elle voudrait une péridurale, de réaliser certains examens et d'avoir une consultation avec un anesthésiste. L'institution produit donc d'emblée un cadrage des scénarios possibles, elle définit ce sur quoi il est possible et même nécessaire d'exprimer une demande. Dans le même temps, elle précise aussi ce qui n'est pas ouvert à la négociation (et qui peut être variable selon les établissements) : perfusion obligatoire ou non, monitoring intermittent ou continu, contraintes sur la position durant le travail et l'accouchement... Si se trouve posée l'exigence d'une décision à prendre, cette décision peut être repoussée très loin dans le temps : les médecins insistent même volontiers sur le hiatus éventuel entre ce que souhaite une femme avant et pendant l'accouchement :

« Par rapport à la péridurale, je n'ai pas un discours lénifiant. S'il y a une patiente qui dit : moi, je n'en veux pas, j'ai tendance à lui dire : allez-y quand même (à la consultation avec l'anesthésiste) parce que si vous saviez le nombre de femmes qui disent qu'elles n'en veulent pas et qui, finalement, supplient au moment de l'accouchement qu'on leur fasse une péridurale ! »

⁴⁸ En effet, la France aurait encore un grand nombre d'établissements par rapport à d'autres pays (la question de savoir si cela se justifie ou non par des particularités géographiques est évidemment controversée) et depuis les années 70, les gouvernements successifs ont bataillé pour fermer les plus petits et les plus vétustes, ce qui s'est de fait traduit par une forte diminution du nombre d'établissements.

Face à cette « offre », les femmes manifestent souvent une certaine perplexité⁴⁹. Notons une différence sensible selon que l'on interroge les femmes avant ou après leur accouchement⁵⁰ : les premières se disent incertaines, malgré la présence fréquente d'une préférence pour l'une ou l'autre option ; leurs opinions fluctuent, et se donnent à voir comme ouvertes. Après l'accouchement, les préférences timides de l'avant semblent se cristalliser davantage et constituent un repère par rapport auquel la suite des événements est décrite. Par ailleurs, plus le rang de l'enfant augmente et plus la femme manifeste de préférence marquée et même de volonté affichée de contrôle des événements, que ce soit pour reproduire les expériences précédentes ou s'en écarter. Chaque accouchement fonctionne comme une épreuve de réalité qui stabilise une certaine distribution des propriétés et des rôles : la femme est/ n'est pas douillette, la douleur est /n'est pas supportable, la péridurale est/ n'est pas un élément de confort etc.

Revenons aux futures mères primipares :

« Moi je veux une péridurale... J'en étais sûre et puis d'en parler entre autres à la préparation avec tout ce qu'elle nous disait, la sage femme, c'est vrai qu'elle est assez rassurante dans la manière dont ça se passe, après dans ma tête, ça m'a traversé l'esprit de me dire peut être de ne pas la demander mais je fais tout dans le sens où je la demande, le bilan etc. Et on verra comment ça se déroule, de toute manière.

- Qu'est-ce qui vous fait quand même hésiter ?

⁴⁹ Cette perplexité de l'utilisateur est, comme le montre Cochoy (« De l'embarras du choix au conditionnement du marché. Vers une socio-économie de la décision. », Cahiers internationaux de sociologie, Vol. 106, juillet 1999, pp. 145-173.), une caractéristique très répandue dans les situations d'achat : il n'est pas absurde de comparer ces deux configurations, celle du consommateur face aux rayonnages de l'hypermarché et celle de la femme enceinte face au choix de la péridurale, dans la mesure où la dimension « consumériste » du choix est explicitement présente dans les discours des médecins et, comme nous l'avons vu précédemment, dans les discours « féministes ». Certaines similarités peuvent être relevées : l'existence d'une offre discrète face à la multiplicité et l'hétérogénéité des éléments qui sont mobilisés dans le choix, avec le travail d'« intermédiaires » cherchant à équiper l'utilisateur – à lui donner des repères, à fixer pour lui une liste de paramètres pertinents etc. - pour le rendre apte à prendre une décision. En revanche, certaines différences sont évidentes : dans le cas de la péridurale, le problème n'est certainement pas de discriminer entre plusieurs possibilités a priori équivalentes, et le travail des intermédiaires, à savoir les médecins et sages-femmes dans les cours de préparation ou les magazines, ne s'inscrit pas comme dans le cas de la grande distribution dans les objets eux-mêmes.

⁵⁰ Une majorité des entretiens ont été réalisés après l'accouchement, mais dans quelques cas, nous avons interviewé les femmes avant et après leur accouchement, et dans quelques autres cas, uniquement avant l'accouchement.

Pour plein de raisons qu'on a vues avec la sage-femme, l'épisiotomie, les forceps, tout ce qu'il peut y avoir, moi la seule chose que je crains un peu c'est l'épisio... Je me rappelle d'une copine assise sur une bouée pendant une semaine, ça ne fait pas que du bien... » (Annie)

Voici une jeune femme à peu près sûre d'elle : toutes ses amies qui ont accouché avec la péridurale en ont été ravies, elle ne voit pas pourquoi « refuser le progrès » ni « pourquoi souffrir », et pourtant un petit doute l'envahit. Elle s'interroge sur le prix à payer pour un surcroît de confort pendant l'accouchement. Au départ, les choses paraissent simples : la péridurale permet de diminuer ou de supprimer la douleur de l'accouchement, ni plus, ni moins ; et puis au fur et à mesure que se multiplient les échanges avec les amies, les compagnons, les mères ou les belles-mères, les sage-femmes et les médecins, que se lisent les livres, les magazines etc., de nouveaux points de vue s'expriment et de nouvelles questions sont soulevées. Chacun y va de ses récits, conseils et autres opinions, et presse la future mère de livrer son choix. Certaines sont traversées par toutes les controverses existantes, au point d'être dans une situation d'incertitude radicale :

« Moi j'étais "péridurale", correctement dosée bien sûr. Plus le temps passe... Le mois dernier, je me suis demandé : pourquoi? J'en ai plus envie. J'en ai plus peur que de l'accouchement. On ne sait pas vraiment quelles sont les conséquences, on parle de maux de dos, de maux de tête, on dit qu'il n'y a aucun danger pour les enfants...? Donc plus ça va et sincèrement, je préférerais ne pas en avoir. Les autres techniques de relaxation, c'est un peu dérisoire par rapport à cette parfaite inconnue, cet accouchement. Je ne sais pas mon seuil de douleur. On vous propose la péridurale, et en face on vous propose des techniques de respiration, de relaxation. Je comprends que tout le monde fonce sur la péridurale, c'est peut-être pour ça que des femmes demandent la péridurale. Pourquoi souffrir?

Ce qui m'ennuie avec la péridurale, c'est qu'il y a beaucoup de choses qui nous échappent. J'attends de voir, j'aimerais bien essayer sans. Il n'y a pas d'anesthésiste sur place [dans la maternité où elle a choisi d'accoucher], il faut 15 à 20 mn pour qu'il vienne. Mettons, on l'appelle, il vient et... Si j'ai changé d'avis, si on le fait venir, est-ce que je ne me sentirais pas obligée de l'avoir ? (...)

On se sent un peu "superwoman" [si on s'en passe], on se dit que ce serait différent. Je n'ai entendu que des horreurs. Des gens qui me disent: on te ment, la douleur est terrible, c'est épouvantable. Je ne sais pas ce que c'est, c'est pas la peine d'angoisser, je me sens très sereine. Je n'ai qu'un seul désir, un peu de me passer de la péridurale. C'est un tel épanouissement, un tel bonheur cette grossesse, il faut que je sente bien quand il est dehors. » (Laurence)

La plupart des éléments qui sont mis en jeu dans la réflexion préalable des femmes sont ici déployés. On y trouve d'abord l'idée que la souffrance considérée isolément n'a pas de sens : elles reprennent ou rejoignent en tous cas l'argumentaire souvent avancé

par les anesthésistes qui insistent sur le caractère inutile voire néfaste de la douleur maternelle. Certaines s'arrêtent à ce parallèle souvent fait entre douleur de l'accouchement et douleur dentaire : si les moyens existent de soulager la douleur, il faut en profiter.

Mais, comme dans l'extrait cité plus haut (Annie), cette vision « positive » des progrès de la médecine est souvent tempérée par une inquiétude face aux conséquences possibles de la péridurale : la femme citée mentionne essentiellement les conséquences intermédiaires, c'est-à-dire qui se traduisent par un inconfort à moyen terme pour la femme, alors que beaucoup craignent surtout l'accident grave entraînant la paralysie, accident réputé rarissime chez les médecins. Certaines autres, comme dans l'extrait précédent, sont préoccupées par ce que la péridurale peut impliquer en termes d'interventions accrues, forceps, épisiotomie, voire césarienne, mais peuvent aussi, comme cette jeune femme qui fait le chemin inverse, se rendre compte de ce que la médicalisation est là indépendamment de la péridurale elle-même :

« ça change tout le temps. Au début, je n'étais pas trop pour, j'avais plus peur de la péridurale que de la douleur de l'accouchement. Petit à petit, je vois tous les gestes qu'ils font même s'il n'y a pas de péridurale. » (Albertine)

Cette question de la médicalisation est souvent liée à celle de la maîtrise : beaucoup de femmes veulent sentir la naissance, pouvoir être actives dans le processus, ne pas laisser « échapper » l'événement ; elles craignent qu'en abolissant les sensations, la péridurale ne leur ôte la capacité de mettre au monde leur enfant elles-mêmes. Au delà, c'est leur autonomie, leur estime personnelle qui est en jeu ; l'existence même de la péridurale crée ou réactive une sorte de tension morale autour de l'accouchement⁵¹ : « La péridurale, ça fait trop : on se laisse vivre » dit l'une, « On se sent superwoman [si on s'en passe] », dit l'autre. S'en passer constitue pour certaines, surtout des femmes qui ont déjà eu des enfants, un défi personnel, car, comme nous le verrons par la suite, c'est une manière de mettre à l'épreuve une interprétation de ce qui a pu se passer dans des accouchements précédents.

Mais en même temps l'entretien que nous avons cité dit aussi la fragilité de la notion de choix, en raison de multiples incertitudes, incertitude sur la douleur, sur sa capacité à la supporter, sur l'efficacité des autres méthodes proposées, sur les effets de l'organisation : a-t-on vraiment le choix en situation ?

Avant l'accouchement, beaucoup de femmes primipares sont dans l'hésitation ; la question de la péridurale les « travaille », certaines y pensent, se documentent, discutent, et la plupart refusent de se prononcer de façon définitive avant

⁵¹ Cette tension morale était déjà présente dans les techniques d'accouchement sans douleur : les femmes qui s'avéraient incapables de se contrôler tel que prescrit se voyaient jeter l'opprobre, ce qui d'ailleurs a provoqué des critiques virulentes de ces méthodes. Voir Jaubert, M.-J., op.cit.

l'accouchement, même si elles s'orientent plutôt vers une option qu'une autre. Cette orientation elle-même se détermine en fonction de multiples facteurs : les discours tenus par l'entourage familial, les amies, les médecins, les sages-femmes, les professeurs des cours de préparation, les livres et les revues se bousculent et sont plus ou moins analysés, triés, relativisés, ce qui explique que l'on retrouve dans les discours des femmes la plupart des arguments présents dans les débats publics sur ces questions. D'autres éléments davantage liés à la trajectoire personnelle de la femme interviennent : la plus ou moins grande confiance dans la médecine, corps médical et techniques inclus, les habitudes de soins – les femmes qui sont réservées à l'égard de la péridurale semblent être plus souvent qu'en moyenne des femmes qui utilisent l'homéopathie et les médecines douces – la plus ou moins grande croyance dans les vertus du « naturel », les expériences médicales antérieures :

« J'ai eu une opération du genou, et ils m'avaient fait le même type d'injection, dans le bas de la colonne, on n'appelle pas ça une péridurale, mais c'est quasiment la même chose, et j'en avais un souvenir horrible. J'ai eu mal pendant un mois à l'endroit où ils m'avaient piquée, donc j'étais partie en disant : non, je ne veux pas de péridurale pour l'accouchement. » (Amélie)

Les femmes expriment donc souvent une orientation privilégiée mais elles se disent malgré tout incertaines et laissent une place à l'inattendu, à l'événement lui-même : Annie que nous avons citée plus haut n'a pas renoncé à la péridurale, mais plutôt que de la demander d'emblée, elle se propose d'attendre et de voir si elle en ressent la nécessité. Une minorité a pris sa décision et va faire en sorte que cette décision puisse être appliquée : celles qui veulent absolument la péridurale essaient de réduire l'incertitude inhérente à sa mise en œuvre en choisissant un établissement dans lequel les anesthésistes sont présents en permanence, voire en optant pour un accouchement déclenché qui permet une bonne coordination des intervenants ; celles qui souhaitent ne pas avoir de péridurale essaient de réduire l'incertitude qui porte sur leur propre capacité à supporter la douleur. Mais toutes savent que si elles n'ont déjà pris leur décision, il faudra dans la plupart des cas la prendre le jour J :

« Quand elles arrivent, elles ont une idée, certaines sont dans l'incertitude. Si elles sont en pré-travail, on les met dans des chambres particulières pour qu'elles se reposent. On leur dit qu'après, quand le travail est commencé et qu'elles sont en salle d'accouchement, elles ont plein de fils partout, elles ne peuvent plus trop bouger. Après elles décident. Si elles veulent une péridurale, on la pose tout de suite. La limite quand on fait la péridurale, c'est qu'il faut que le col soit modifié et qu'il y ait des contractions régulières. A l'autre bout, il faut qu'il y ait encore au moins une

heure avant la naissance du bébé. On leur dit: vous devez⁵² prendre votre décision. » (entretien sage-femme)

L'organisation des soins obstétricaux introduit une tension dramatique, en exigeant que les choses soient tranchées... On comprend mieux pourquoi, alors que les professionnels expliquent le succès de la péridurale par la demande des femmes, celles-ci paraissent avoir une position beaucoup plus ambiguë, ambivalente. Cette dichotomie est créée par la configuration dans laquelle la femme est prise : pour de multiples raisons, entre autres juridiques, les professionnels ont besoin que la femme exprime clairement ses désirs, et tout est fait pour que l'action puisse lui être attribuée en bout de course. En revanche, si l'on se place du côté des femmes et que l'on regarde attentivement les récits qu'elles font de leur accouchement, on constate que la décision se prend plus qu'elle n'est prise, ou plus précisément, que les récits opèrent une distribution des causes et des effets sur « l'environnement » de la femme qui vide en partie de son contenu l'idée de décision: à la place du sujet autonome, en mesure de faire un choix éclairé, nous nous retrouvons devant un champ de forces, certaines aléatoires, d'autres plus prévisibles, champ que les professionnels cherchent généralement à projeter sur une résultante qui prendrait son origine chez la parturiente.

2. DES CHOSES QUI SUIVENT LEUR COURS

Les trajectoires des femmes telles qu'elles les décrivent sont donc loin d'être rectilignes: il est frappant de constater que, dans notre échantillon qui n'a aucune prétention en matière de représentativité, une majorité des femmes disent qu'elles n'ont pas connu ce vers quoi tendait leur préférence au départ. Plus d'un quart des femmes ont par exemple eu une péridurale alors qu'a priori elles voulaient plutôt s'en passer ; un cinquième d'entre celles qui la souhaitaient n'ont pu en bénéficier. Une part non négligeable de ces femmes sont d'ailleurs plutôt satisfaites de la manière dont les choses se sont passées, même si cela ne correspondait pas à leurs attentes. Comme nous l'avons souligné, beaucoup de femmes se maintiennent longtemps dans l'indétermination ; en conséquence elles ne cherchent pas à verrouiller le scénario possible de leur accouchement, ce qui permet de comprendre à la fois que ce qu'elles avaient plus ou moins anticipé ne se produise pas et que certaines puissent l'accepter sans trop rechigner. Dans cette perspective, les récits prennent un peu l'allure de récits de voyage où sont décrites les principales étapes et bifurcations, les transformations du paysage, les éventuelles surprises par rapport aux attentes, et la manière dont la personne embarquée dans le voyage se transforme elle-même, et regardant en arrière recompose une image de ce qu'elle était à l'embarquement, image souvent plus nettement dessinée

⁵² Souligné par nous.

a posteriori qu'elle n'apparaissait a priori. Dans un certain nombre de récits, l'inflexion décrite dans la trajectoire est attribuée à un ou plusieurs éléments « externes », objectivés : nous nous pencherons ici sur cette catégorie de récits et nous nous intéresserons d'une part à la nature des éléments mis en cause et d'autre part, au rôle que jouent ces éléments dans la construction du récit et de sa « morale ».

2.1. Une absente très présente

Parmi les éléments cités comme ayant été déterminants dans la trajectoire suivie, il en est qui tiennent à l'organisation du travail dans l'établissement : l'anesthésiste peut ne pas être de garde vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et même s'il est en principe disponible, il peut être occupé à traiter une urgence au moment où on le fait appeler pour la pose d'une péridurale. Pour un certain nombre de femmes, son absence peut être ressentie comme une contrainte regrettable voire insupportable, mais elle peut aussi être une quasi-ressource pour d'autres :

*« La péridurale, c'était clair, j'en voulais pas. Je dis pour le premier, il faut savoir ce que c'est; et j'en ai pas eu parce que de toute façon, j'ai accouché la nuit... »
(Béatrice)*

Autrement dit, la question ne pouvait pas se poser et cela lui évitait d'avoir à revenir sur ce qu'elle considérait comme son souhait : la nuit est en quelque sorte un co-déterminant dans la trajectoire assez rectiligne de cette femme. Dans d'autres cas, la non-disponibilité de l'anesthésiste constitue un élément central dans le vécu même de l'accouchement : le récit de l'accouchement devient en partie l'histoire d'une volonté contrariée et des difficultés qui en découlent.

Brigitte arrive à l'hôpital pour accoucher de son troisième enfant, mais elle est dans la même situation d'incertitude qu'une primipare, car les deux premiers enfants sont des jumeaux nées par césarienne « à froid »⁵³ : elle n'a donc aucune expérience de ce que peut être un accouchement normal. Elle s'est informée sur la péridurale, a rempli la fiche de renseignements demandée :

« On voulait simplement l'envisager parce que j'allais vers l'inconnu. Le papa disait : la péridurale ça existe, je pense que ça ne coûte rien de la prévoir si jamais tu souffres trop. »

Elle est cependant prévenue que le samedi, le dimanche et les jours fériés, il n'est pas sûr qu'elle puisse en bénéficier... Le travail se déclenche un samedi : dès le départ, les contractions sont fortes, rapprochées ; elle a cependant suivi les cours de préparation et

⁵³ I.e. avant tout démarrage naturel du travail.

s'applique à faire les respirations telles qu'elles lui ont été enseignées, mais au bout de deux heures, elle « perd les pédales » dit-elle :

« La première sage-femme, qui est venue me voir, je lui ai dit : je veux une péridurale tout de suite⁵⁴. C'est là que j'ai vu que ce ne serait pas simple, parce que l'anesthésiste n'était pas disponible. Elle m'a proposé de rester avec moi pour me remettre sur les rails au niveau de la respiration. Avec Franck, on était mal tous les deux parce qu'il ne savait plus trop quoi faire. On avait bien répété à la maison les respirations mais lui n'avait pas suivi les cours de préparation. Ensuite, on est venu me dire que le monitoring n'était pas mal mais que le bébé avait un petit problème cardiaque. Je n'étais déjà pas très bien et ça n'a pas arrangé les choses. Le gynéco est venu nous voir en disant qu'il faudrait surveiller ça après la naissance du bébé. On n'était pas très rassuré, moi je souffrais, je réclamaï toujours ma péridurale. »

Et les sages-femmes débordées n'ont guère le temps de poursuivre le travail entamé précédemment. Sept heures après son arrivée à la maternité, la poche des eaux se rompt, elle est mise en salle de travail :

« Là, ça a été l'horreur. Une fois que la poche des eaux a été percée, les contractions étaient encore plus fortes. Le bébé était très bas, je sentais bien qu'il voulait sortir. Je n'avais qu'une envie : pousser et je ne pouvais pas car la dilatation n'était pas complète. Dans cette salle de travail, on a été livrés à nous-mêmes car on n'a vu personne pendant 2 ou 3 heures. Là, Franck commençait à être en colère. Moi, je perdais mes moyens, je n'étais plus moi-même. Je souffrais tellement... Je hurlais au secours. On venait me dire : ne vous inquiétez pas, on va chercher l'anesthésiste, vous allez avoir votre péridurale. À 19h, j'y croyais toujours. À 20h, j'y croyais toujours. Après, j'ai vu qu'on se moquait de moi. Franck l'avait compris depuis longtemps. (...) J'avais envie de pousser et je ne pouvais pas. On venait me dire : il ne faut pas pousser, vous n'êtes pas à dilatation complète. Ensuite, il y a eu un changement d'équipe à 20h 30 et à 20h 45 mon bébé était au monde. La sage-femme était très sympa. L'accouchement s'est bien passé, en un quart d'heure le bébé était là. J'ai vécu l'accouchement de nos grands-mères. Maintenant, je n'en suis pas mécontente parce que je sais ce que c'est que d'accoucher par voie basse. »

Tout le récit est tendu par cette attente d'une péridurale qui ne vient pas, seul recours possible dans la situation de solitude et d'impuissance qui est celle du couple. Impuissance de la femme qui n'arrive pas à respirer, qui ne peut suivre son instinct lequel lui commande de pousser, qui ne peut rien faire pour son bébé éventuellement malade, qui ne peut obtenir la péridurale qu'elle a demandé, impuissance de l'homme qui se retrouve incapable d'aider sa compagne. Le récit, que nous avons écourté, est assez dur... et pourtant, les conclusions qu'en tire Brigitte sont beaucoup moins

⁵⁴ Souligné par nous.

tranchées que ne le laisserait supposer le récit de sa souffrance : le couple a vite renoncé à écrire une lettre incendiaire au directeur de l'hôpital et Brigitte elle-même, qui trouve « qu'il faut mettre en œuvre des moyens pour qu'on ait la possibilité de choisir de ne pas souffrir pour mettre son enfant au monde », ne semble pas garder un mauvais souvenir de ce moment :

« J'ai eu deux naissances très différentes à tout point de vue. J'ai connu ce que c'était que de mettre un enfant au monde. C'est pour ça que je suis comblée. »

Sur cet exemple, nous voyons que lorsqu'il y a en principe la possibilité d'un choix laissé à la femme, la péridurale, qu'elle soit présente ou absente, souhaitée ou refusée, structure fortement les expériences des femmes. Aux Pays-Bas, où il n'est pas possible de bénéficier d'une péridurale hors d'une indication médicale – ce qui se traduit par des taux de péridurale de quelques pourcents – les récits que font les femmes de leur accouchement sont de ce point de vue très différents (Akrich & Pasveer, 1996) : ils laissent en particulier une grande place à la description de toutes les petites techniques utilisées par les femmes pour « ne pas perdre les pédales » et au rôle de l'entourage, sage-femme, compagnon, dans le soutien de la femme.

Le déroulement de l'accouchement lui-même est un autre élément important dans la détermination de la trajectoire : certains accouchements trop rapides ne laissent pas le temps de poser la péridurale que celle-ci soit ou non souhaitée ; pour les femmes qui ne se sentent pas complètement débordées, cette absence n'est pas mal vécue dans la mesure où elle est compensée par la faible durée de l'accouchement. Certaines en revanche peuvent être bouleversées par la soudaineté de l'événement et dans certains cas, l'absence de péridurale devient un point de fixation, quel que soit le niveau de douleur éprouvé.

Pour Sonia, le démarrage de l'accouchement s'est fait subrepticement. Toute la journée, elle ne se sent pas très bien, a un peu mal au ventre, mais rien qui l'alerte : « pour moi, ce n'était rien ». Sur l'insistance de son mari « tu ne crois pas que tu es en train d'accoucher ? », elle se décide à partir pour l'hôpital.

« Il était temps que j'arrive, une demi-heure après, j'avais mon bébé. J'espère que pour le prochain ça ne se passera pas comme ça parce que là c'était pris en précipitation et je ne m'y attendais pas. Moi, je n'étais pas prête, aussi bien physiquement que moralement, car moi je ne le sentais pas. Quand je suis arrivée là-bas et qu'on m'a dit : vous allez accoucher tout de suite, là ça m'a foutu un coup. Il paraît que je tremblais comme une feuille, je n'étais pas prête à accoucher. Ça s'est fait très vite mais j'avais demandé la péridurale. Et je n'ai pas eu le temps de l'avoir.

J'avais entendu dire qu'il y en a pour qui ça se passe très bien l'accouchement... Dans ma famille, ils ont tous eu beaucoup de problèmes, alors j'avais peur. Donc, j'ai dit : je vais demander une péridurale. Ma cousine a eu une péridurale, ça s'est très bien passé, elle n'a rien senti. Mais je n'ai pas eu la chance de l'avoir, enfin ce n'est pas une question de chance, mais c'est toujours plus agréable d'accoucher

naturellement, au moins, vous sentez quelque chose, alors que par péridurale, vous ne sentez rien.

Les sages-femmes me disaient : faites comme aux cours de préparation mais je ne pouvais rien leur dire, j'y avais été deux fois, donc je ne savais pas exactement comment il fallait faire. C'est vrai que ça s'est très mal passé, elles m'ont fait mal, quand il est sorti, ça m'a ouvert. Tout s'est mal passé, ça a été vite fait, mais ce n'est pas pour ça que je n'ai pas souffert. Le deuxième, il y aura une péridurale. »

Pour cette femme, la péridurale était avant son accouchement comme une sorte d'antidote au « poison » familial, des naissances à problèmes. Elle ne pouvait envisager qu'il en soit autrement pour elle et de fait, l'évaluation faite de son propre accouchement se conforme à cette loi générale. La « facilité » de cet accouchement, si l'on s'en tient aux canons obstétricaux, devient une difficulté dans la mesure elle n'est pas elle-même adaptée, préparée à cette éventualité. La peur de l'accouchement difficile contre laquelle elle disposait de l'arme péridurale devient la peur de l'accouchement, et l'absence de la péridurale un moyen de mettre à l'extérieur d'elle-même la cause de la difficulté, et d'une certaine manière un moyen de « réussir » quand même son accouchement difficile. D'où l'ambiguïté de sa description : la cousine n'a rien senti grâce à la péridurale qu'elle-même regrette, mais « c'est quand même plus agréable » de sentir quelque chose. Dans ce récit, la péridurale fonctionne comme un opérateur narratif assez puissant qui circule de l'avant à l'après de l'accouchement et permet d'établir une continuité, une cohérence dans l'histoire de l'accouchement.

On retrouve à peu près le même genre de fonctionnement dans le récit d'Irène qui, de son propre aveu, n'a pas particulièrement souffert lors de l'accouchement, lequel a été relativement rapide, mais qui, pourtant souhaite une péridurale pour le prochain bébé :

« Pour le prochain, si le bébé est plus gros, je prendrais la péridurale. Surtout que maintenant je sais que mon mari ne tient pas à venir à l'accouchement.

Ce n'était pas prévu ?

Non, au contraire, il travaille dans un abattoir, donc il est amené à accoucher certaines bêtes, et pour moi pas du tout. Il n'a pas pu. Déjà pour la perfusion, il y a un peu de sang qui a giclé et il est sorti à ce moment-là. Il est revenu pensant pouvoir assister et il n'a pas pu. Donc oui, la prochaine fois, je demanderai la péridurale. Je n'ai pas trop apprécié de ne pas l'avoir, ça m'est resté un peu en travers de la gorge. Quand on s'attend à avoir la péridurale et qu'on ne l'a pas, ça fait quand même drôle. »

Il n'est pas besoin de forcer beaucoup le trait pour relever l'ambiguïté très forte du récit : entre l'absence du mari et celle de la péridurale, on ne sait trop ce qu'elle regrette le plus et la péridurale devient du coup le substitut du mari.

Dans les différents exemples que nous avons donnés, les éléments qui permettent de rendre compte de la trajectoire suivie sont très objectivés, les personnes sont peu mises en cause et surtout les femmes elles-mêmes ne sont pas impliquées dans la construction de cette trajectoire, elles la subissent, y résistent et cette résistance même les définit comme des entités relativement stables. La péridurale, qui se donne à voir comme l'horizon vers lequel elles tendent tout au long du récit, permet de maintenir leur identité, leur intégrité que la peur, l'impuissance, la panique, la solitude menacent de dissoudre.

2.2. Produire de la détermination

Des accouchements plus lents à démarrer incitent le personnel médical à faire certains gestes, plus ou moins acceptés par les femmes à ce moment-là, auxquels elles attribuent ensuite le fait d'avoir demandé la péridurale alors qu'elles ne la désiraient pas toujours au départ. Le déclenchement est un de ces gestes les plus fréquemment réalisés : crainte d'un accouchement difficile en raison d'une disproportion entre l'enfant et le bassin de sa mère, retard par rapport au terme prévu, faux démarrage du travail, pathologie de la mère pouvant avoir des conséquences graves telles l'hypertension ou la baisse du taux de plaquettes dans le sang, souhait du praticien d'être là au moment de l'accouchement ou souhait de la femme de pouvoir compter sur sa présence ... ce ne sont pas les raisons qui manquent de recourir au déclenchement.

Amélie, précédemment citée, qui ne souhaitait pas de péridurale après une opération du genou, subit pendant deux jours un faux travail inefficace et douloureux ; hospitalisée, elle commence à perdre patience :

« Le dimanche matin, le médecin est venu me voir et il m'a dit : est-ce que vous voulez qu'on tente un déclenchement d'accouchement avec un gel ? En fait, j'en avais marre, je n'en pouvais plus, ça faisait déjà deux jours que j'étais à l'hôpital, j'étais stressée. J'ai dit : oui, je veux bien mais on essaye une fois, pas cinquante, parce que l'acharnement thérapeutique ce n'est pas trop mon truc. Il m'a dit : on essaye, si ça ne fait rien vous rentrez chez vous et vous reviendrez quand ce sera le moment. Ils m'ont mis le gel le matin vers neuf heures, ils m'ont descendue. Donc, j'avais préparé toutes mes affaires pour rentrer chez moi, mais à cinq heures je ne disais plus la même chose, j'étais pliée en deux et là j'ai eu des contractions... Là, ça part très fort quand on vous le déclenche. Comme j'étais plutôt contre la péridurale, ils m'ont mise à un genre de morphinique. Et j'ai fait une réaction : je leur racontais n'importe quoi ; quand elles m'ont descendue en salle de travail, l'anesthésiste est arrivée et leur a demandé ce qu'elles m'avaient donné, parce que j'avais un œil qui partait en haut, l'autre qui partait de travers. Elle a dit : non ce n'est pas possible, elle ne pourra jamais pousser dans des conditions pareilles et elle m'a dit : est-ce

que vous voulez une péridurale, et j'ai dit : oui, parce que je ne me voyais pas sans. C'est vrai que c'est l'idéal d'accoucher dans des conditions comme ça. » (Amélie)

Du déclenchement au dérivé de morphine à la péridurale, le chemin est un peu sinueux : Amélie a accepté mollement le déclenchement, plus exactement, elle a accepté que l'on force très légèrement le destin et s'en est remise à son propre corps – il s'agit presque d'une non-décision - et la voilà embarquée dans une histoire complètement différente de celle qu'elle avait imaginée, dans laquelle son degré d'initiative et de contrôle sur les événements est faible, mais sa satisfaction finale plutôt élevée. La trajectoire inverse, c'est-à-dire d'une femme très décidée à avoir la péridurale, ne l'ayant pas et étant satisfaite, est tout aussi possible : Florence a eu un premier enfant dans des conditions très médicalisées – déclenchement, péridurale posée très tôt, ventouse, épisiotomie – conditions qu'elle qualifie d'extrêmement confortables au moment de l'accouchement, un peu moins après, en raison de l'épisiotomie. Pour son deuxième enfant, elle voulait reproduire cette expérience, mais ayant déménagé, elle s'est retrouvée dans une région plus rurale et l'hôpital de la petite ville voisine ne dispose pas d'un anesthésiste en permanence. Situation qui l'inquiète énormément « je tenais beaucoup à cette péridurale et ça a été l'angoisse parce qu'à un moment je me suis dit c'est pas possible, j'arriverai pas à accoucher sans péridurale » : pour parer à cette éventualité, elle « révisé » les respirations avec une sage-femme lors d'une visite de contrôle. Quelques jours après, l'accouchement se déclenche spontanément :

« En arrivant, j'avais mal, j'avais des contractions, j'ai vu une des sages femmes qui m'a mise en confiance, qui m'a préparée tout ça et puis je lui dis : je veux la péridurale, est-ce que l'anesthésiste est là? Elle me dit : oui il est là, c'est un anesthésiste remplaçant pour le week-end mais je vais voir si je peux l'appeler. Moi je disais : oui, moi je vais l'appeler, et puis après elle m'a dit, il est au service en dessus, en dessous, je sais plus, j'ai dit à mon mari: va le chercher ! Et puis il est arrivé tout de suite il m'a posé la péridurale et là j'ai eu hyper mal, je ne sais pas qu'est ce qui s'est passé ça m'a fait hurler de douleur au moment où il me l'a faite et ensuite ça n'a pas atténué du tout la douleur des contractions donc j'ai accouché sans. Après, c'est allé tellement vite en fait, quand on a vu qu'elle ne marchait pas... il me dit: bon, je vous repique, là j'ai dit non, j'étais à 9 cm, j'ai dit non ! C'est ce qui m'a permis d'accoucher normalement. Là, c'était un vrai accouchement. » (Florence)

De la même manière que précédemment, c'est in extremis qu'un élément non prévu, un geste un peu raté, infléchit la trajectoire dans une direction inattendue, a priori non voulue et pourtant finalement bienvenue. Florence reconsidère, après cette expérience, sa position : elle est heureuse d'avoir fait, à son corps défendant, cette expérience et dans l'hypothèse d'un troisième enfant, préférerait se passer de la péridurale, maintenant qu'elle est rassurée sur sa capacité à mener à bien un accouchement « normal ».

La rupture de la poche des eaux est un autre geste très fréquent, supposé accélérer un accouchement lent à démarrer. Une fois le liquide amniotique écoulé, la tête du bébé appuie à chaque contraction sur le col de l'utérus, ce qui a pour effet de le faire s'ouvrir plus rapidement. Mais en même temps que les contractions sont plus efficaces, elles sont aussi plus douloureuses. Un certain nombre de femmes sont a posteriori critiques vis à vis de cette pratique et lui imputent le fait d'avoir demandé une péridurale, « contre » leur volonté :

« Mireille (mai 90) : à l'accouchement au CHU : poche des eaux rompue à 4cm par la sage-femme —> douleurs ++ —> péridurale...surdosée —> impossibilité de pousser —> forceps, épisio, bradycardie du bébé, naissance cyanosée en catastrophe. Hélène (avril 92) : côté accouchement, en clinique privée : on m'a refait le coup de la poche des eaux à 4cm et j'ai encore craqué pour la péridurale. » (Dominique, journal de bord)

Par rapport à un modèle dans lequel la femme se trouve face à un choix ouvert dont elle est seule maîtresse, les récits dont nous disposons produisent un contraste certain : au lieu d'un seul sillage dont le tracé épouserait la volonté souveraine de la femme, nous le voyons se mélanger, se fondre dans les sillages dessinés par l'organisation, par les pratiques médicales usuelles, par l'accouchement lui-même, au point qu'en bout de course, rares parmi ces récits sont ceux qui font jouer à la détermination de la femme un rôle primordial. En revanche, ils produisent de la détermination a priori et a posteriori : le récit réordonne une série d'éléments disparates qui tiennent autant à la manière dont la femme se définit dans son environnement propre, sa place dans la famille, son histoire médicale, l'équilibre du couple, son positionnement en tant que « femme » etc. qu'à la série de contingences particulières dans laquelle elle a été prise tout au long de la grossesse et de l'accouchement ; comme nous l'avons vu, la péridurale peut être un élément d'articulation assez central dans ce récit, qu'elle soit d'ailleurs absente ou présente. Par ailleurs, l'évaluation faite a posteriori par la femme de ce qui s'est passé, de ce par quoi elle a été agie, de ce en quoi cette expérience a transformé ses opinions la conduit à expliciter ce qui serait un choix possible pour d'éventuels autres accouchements.

Cette détermination peut être exactement dans le prolongement de ce qu'elle a vécu, soit parce qu'elle est pleinement convaincue qu'il n'y avait pas de meilleure possibilité, soit parce qu'elle ne voit pas ce qu'elle pourrait opposer aux courants forts produits par l'organisation des soins : Albertine, par exemple, qui ne souhaitait pas particulièrement de péridurale, l'a finalement demandée après que la poche eut été rompue ; comme Dominique, elle attribue un certain nombre de difficultés – rallongement du temps de l'accouchement, impossibilité de pousser, insensibilité de la jambe, utilisation des forceps et épisiotomie – à ces deux gestes enchaînés ; mais à la question de savoir ce qu'elle fera la fois prochaine, elle répond : « je recommencerai pareil, j'attendrai et je verrai si je peux m'en passer », car, étant donné ce qu'elle considère être comme des protocoles

incontournables, elle n'imagine pas ce qui pourrait infléchir différemment sa trajectoire, en dehors du hasard d'un accouchement facile et rapide. A l'inverse, l'expérience vécue peut conduire la femme à se placer en opposition par rapport à ce qui s'est passé : partant d'une analyse qui, telle que nous l'avons décrite, imbrique les différents éléments, la femme va du coup réfléchir à la manière dont les différentes microdécisions prises à divers moments – choix de la maternité, du praticien, du cours de préparation, refus ou acceptation de certains gestes – ont engagé sa trajectoire afin d'essayer de mieux la contrôler la fois suivante.

3. CHOISIR SES CHAÎNES

Certes, il existe des cas dans lesquels la femme se décrit comme ayant décidé d'avoir une péridurale, ayant exprimé cette demande, et reçu satisfaction pour son plus grand bonheur. Cette situation concerne environ 20% des femmes que nous avons interrogées, sur un échantillon qui n'a aucun caractère représentatif. La situation inverse, c'est-à-dire de femmes souhaitant ne pas avoir de péridurale et ayant pu réaliser ce souhait, est moins fréquente : le fait d'y parvenir repose souvent soit sur une contrainte externe – l'accouchement de nuit dans un hôpital sans présence permanente d'anesthésiste en maternité – soit sur une préparation personnelle de la femme. Il y a donc une asymétrie dans les choix possibles, asymétrie qui tient aux formes d'organisation aujourd'hui en cours dans les hôpitaux et aux pratiques médicales : les sages-femmes sont moins disponibles qu'elles ne l'étaient, leur profession s'est redéfinie autour d'une technicité toujours accrue, les formes d'intervention et de contraintes exercées sur le corps des femmes sont toujours plus nombreuses et leur laissent peu de ressources pour « gérer » leur accouchement. Mais au delà de ces différents facteurs, nous voudrions montrer ici par l'exemple de Gabrielle ce que la construction de la situation comme situation de choix peut avoir de pervers. Gabrielle préférerait une naissance où la médicalisation serait assez discrète et lui permettrait en tous cas de sentir ce qui se passe, d'être actrice de ce processus, d'où a priori une certaine réticence à l'égard de la péridurale. L'accouchement démarre ; pendant plusieurs heures, elle arpente les couloirs de la maternité en soufflant bruyamment afin de garder son contrôle et de ne pas se laisser déborder par la douleur :

« Et donc au bout de six heures, la sage-femme m'a dit : il reste autant de temps c'est ouvert à moitié, au début ça allait très très vite, ça se dilatait assez rapidement puis après ça a un peu traîné et quand elle m'a dit ça, je me suis dit : je ne tiendrai jamais le coup, il me reste encore six heures, je ne tiendrai jamais le coup parce que là j'avais vraiment super mal et les contractions étaient très très rapprochées, c'était toutes les deux minutes, elles étaient fortes, donc là c'était le gros dilemme, est ce que je demande la péridurale ou pas? J'en ai discuté avec elle, avec la sage femme, elle a eu une attitude très chouette, elle m'a expliqué le pour et le contre, elle n'a pas

essayé de me forcer la main, surtout elle a essayé de voir moi où j'en étais psychologiquement, qu'est ce que j'appréhendais dans la péridurale, qu'est ce qui me faisait peur et si je pouvais supporter, donc après, après discussion, j'ai opté pour la péridurale. Et puis, après la péridurale, j'ai plus rien senti du tout rien, mais alors plus rien, rien de rien, justement; elle m'avait dit : mais si, vous sentirez... parce que, moi je lui avais dit que ce que je veux c'est sentir quand même que je suis en train d'accoucher ; pour moi c'était important parce que... et ça a été tout le contraire, j'ai rien senti... et finalement j'étais mécontente, parce que ce que je craignais s'est produit. » (Gabrielle)

Nous voilà donc devant une scène parfaite du point de vue d'un modèle dans lequel l'utilisateur est censé prendre des décisions de manière autonome : on l'informe du déroulement prévisible du processus, on discute avec elle des différentes options et on l'amène à prendre une décision... mais aussitôt prise, et prise dans l'angoisse, la décision s'avère désastreuse par rapport à ce qui importait pour la personne en cause. Gabrielle est rendue prisonnière du choix, des termes dans lesquels il est posé : d'un côté supporter encore six heures ce qu'elle a déjà supporté, de l'autre, prendre le risque de laisser passer ce qu'elle considère comme primordial. La première branche de l'alternative est donnée comme certaine, la seconde comme aménageable : avec un bon dosage de la péridurale, il est possible de garder des sensations. En laissant la décision entre ses mains, la sage-femme se dégage de la scène : certes une certaine autonomie de la personne est respectée, mais la scène s'est vidée, la femme se retrouve seule avec sa douleur, à elle d'apprécier sa « force » et d'en tirer les conséquences correspondantes. En bref, la scène du choix se transforme en scène d'épreuve, publique de surcroît⁵⁵. Le fait que cette possibilité de péridurale soit ouverte de façon quasi-indéfinie permet à la fois de faire durer l'épreuve, de la réactiver autant que de besoin, et de limiter l'engagement des « accompagnants », sage-femme ou obstétricien. Comme le dit une sage-femme : « La péridurale, c'est un confort pour nous, celles qui n'en veulent pas, elles doivent se débrouiller toutes seules. » Ce sur quoi la rhétorique du choix telle qu'elle est constamment déployée fait l'impasse, c'est sur ce positionnement des acteurs les uns vis à vis des autres et sur la forme particulière de leurs relations. Lorsque la femme choisit la

⁵⁵ D'un certain point de vue, une grande partie des interactions qui ont lieu entre les femmes et le personnel médical autour de la péridurale peut être considérée en épreuve publique : il est demandé à la femme, par quelqu'un d'extérieur à l'univers privé, de faire un choix et de le justifier par des arguments « rationnels », déjà pour la plupart mis en forme dans des débats publics. On se retrouve dans des situations très semblables à celles analysées par Callon & Rabeharisoa (Michel Callon et Vololona Rabeharisoa, « La leçon d'humanité de Gino », *Réseaux*, n°95, p.197-233, 1999) et il serait à cet égard intéressant d'étudier les moments dans lesquels se construit l'articulation entre sphère privée et sphère publique, comme par exemple les cours de préparation. Comme l'ont noté Callon & Rabeharisoa, cette « violence » du choix et de la détermination est prolongée par le sociologue qui interroge les femmes sur leurs choix et leurs déterminants.

péridurale, elle accepte de fait et permet que ces relations passent par la médiation des instruments et des médicaments, donnant à la sage-femme la possibilité d'être peu présente, d'interagir avec la femme sur un mode proche de celui de la civilité ordinaire, d'engager moins les corps sauf au moment de l'expulsion⁵⁶.

La femme n'est ni plus ou ni moins autonome avec péridurale que sans péridurale, elle est attachée d'une manière particulière à un certain nombre d'acteurs et d'objets et ces liens lui permettent de conserver une certaine forme d'autonomie : elle peut bavarder, lire, même dormir pendant que l'accouchement se déroule ; en revanche, elle est attachée à son cathéter, elle a besoin de médiations pour savoir ce qui se passe dans son propre corps etc.

De manière analogue, la femme qui refuse la péridurale doit elle aussi s'attacher à un certain nombre d'objets ou d'acteurs. Prenons le cas de Dominique : après deux accouchements où elle a laissé faire des gestes qui l'ont entraînée dans une direction qu'elle refuse après coup (rupture de la poche des eaux, péridurale etc.), elle a décidé pour le troisième enfant de faire en sorte d'échapper à ces contraintes. Autrement dit, ce qui va s'éprouver dans ce troisième accouchement, c'est la justesse de son interprétation précédente, qui inclut une certaine définition d'elle-même. D'où tout un travail mené tout au long de la grossesse pour s'attacher et en même temps attacher les autres de sorte que la trajectoire suivie puisse être contrôlée. Elle choisit soigneusement sa maternité et le médecin qui la suit, elle rédige une première liste de ses desiderata, elle tient un journal à la fois pour elle mais aussi pour la sociologue qui rend compte de son parcours, elle présente la liste au médecin, en discute avec lui, elle se rend à la maternité pour visiter les lieux, se présenter aux sages-femmes et leur donner sa liste, elle s'inscrit dans un cours de préparation avec un professeur de yoga, une femme investie dans une approche « naturelle » de l'accouchement, elle discute avec son mari un peu réticent, « qui ne veut pas qu'on en fasse une thèse de son accouchement » pour le convaincre que c'est important et qu'il faut qu'il la soutienne, bref, elle fait en sorte d'être tenue par les autres et de les tenir. Chaque action est le résultat d'une analyse de toutes les contingences qui sont susceptibles d'infléchir le cours de choses, c'est aussi l'inscription d'une détermination, à la fois au sens de sa volonté exprimée et au sens de ce qui détermine. Et, in fine, elle réussit à mener à bien son projet.

Donc, nous voyons que ce qui pourrait être considéré comme une manifestation d'autonomie forte passe par la construction de liens, d'entraves même, qui permettent à

⁵⁶ Et encore... Nous avons montré ailleurs (Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Paris, les Empêcheurs de Penser en Rond, 1996.) que lors de l'expulsion, la médiation des instruments était centrale puisque la femme a des sensations amoindries et que c'est la sage-femme qui se fait la porte-parole de son corps via la lecture et la traduction de ce qui apparaît sur les instruments.

la personne de maintenir sa trajectoire rectiligne. C'est un peu cette leçon qui est oubliée par la rhétorique du choix : on fait comme si les sujets étaient constitués d'emblée en tant que sujets autonomes, doués de volonté, et faisant preuve d'une certaine stabilité temporelle. Si un certain nombre de situations de la vie ordinaire peuvent être approximées de cette manière, l'accouchement, comme d'autres situations un peu extrêmes telles le handicap⁵⁷, la maladie etc.- défait cette fausse évidence : l'autonomie, la stabilité, la volonté sont autant de propriétés ou de capacités qui nous sont données par notre environnement social et matériel. Donner un choix à quelqu'un, c'est aussi donner la possibilité de ne plus avoir collectivement le choix, c'est-à-dire de nous engager réciproquement.

4. CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons voulu interroger les notions de choix et d'autonomie du patient qui se trouvent de plus en plus sur le devant de la scène médicale, et ceci bien au delà de l'obstétrique. Le cas de la péridurale représente d'un certain point de vue un cas extrême puisqu'en théorie, la décision est placée presque entièrement entre les mains de la femme. Or, nous constatons qu'il est extrêmement délicat, même dans ce cas-là, de maintenir la pertinence de ces notions de choix et d'autonomie : la douleur, comme dans d'autres cas la maladie, introduit une dépendance entre les différents acteurs impliqués dans le processus de la naissance ; par ailleurs, l'utilisation de certains dispositifs techniques modifie les capacités d'action et les modalités de perception des femmes, et donc affecte la manière dont elles construisent leur relation à leur propre corps, dont leur volonté peut se définir etc. Donner une place plus importante aux patients dans la décision – comme cela est aujourd'hui avancé – suppose donc de se placer assez en amont de la décision et de comprendre comme la trajectoire d'ensemble, telle qu'elle est contrainte par l'organisation médicale, prédétermine l'espace de décision. Autrement dit, dans le cas de la péridurale, la question est plutôt de voir comment il est possible de construire des trajectoires différenciées dans lesquelles la pertinence de la péridurale se posera de manière complètement différente. De ce point de vue, les réflexions en cours au niveau français sur les maisons de naissance relèvent tout à fait de cette approche.

⁵⁷ Sur ces situations et sur la manière dont se construisent des collectifs qui produisent dans le même mouvement de l'autonomie et de la dépendance, on peut voir Callon & Rabeharisoa, à paraître et Winance, à paraître.

Chapitre 7

L'obstétrique néerlandaise pratiquée par ses clientes

Dans ce chapitre, nous nous concentrons sur trois thèmes principaux, qui nous semblent les plus significatifs pour les éléments de réponse qu'ils peuvent apporter à la question posée tout au long de cette étude : comment les femmes construisent-elles leur parcours obstétrical, et quels sont les acteurs (obstétricaux) impliqués dans ce processus ? Les deux premiers thèmes concernent la totalité du déroulement de la grossesse et de la naissance, le dernier porte plus particulièrement sur l'accouchement.

En premier lieu, nous nous intéressons à la manière dont sont déterminés le choix de la ou des professionnels assurant le suivi et le choix du lieu d'accouchement. Quels sont les éléments qui interviennent dans ces décisions ? C'est là un sujet important en ce qu'il touche aux notions de *libre choix* et d'*autonomie* de la femme. Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, le système néerlandais impose en théorie que toute femme consulte au moins une fois dans sa grossesse une sage-femme : nous avons pu constater que tel n'est pas le cas ; comment les femmes sont-elles impliquées dans la détermination de ces trajectoires « déviantes » au regard des principes ? Dans cette partie, nous nous pencherons sur la manière dont les femmes, dès qu'elles sont enceintes (ou qu'elles pensent l'être), se fraient un chemin dans le monde de l'obstétrique et nous tenterons de savoir comment les femmes perçoivent puis choisissent le lieu de l'accouchement (puisque'il s'agit bien d'un choix, pour celles qui sont en bonne santé).

Le second point concerne les différentes manières dont les femmes mobilisent ou non les professionnels pendant la grossesse et la naissance. L'objectif est ici de comprendre

comment l'organisation obstétricale et les pratiques qui lui sont associées performant les trajectoires des femmes.

Le troisième point touche à la douleur et à sa gestion. Il est évident pour tout le monde que l'accouchement est un processus douloureux, mais, à la différence de ce qui se passe dans un certain nombre de pays, la douleur n'est pas (encore ?) considérée comme un phénomène qui appelle une réponse médicale telle la péridurale, et qui justifierait donc le passage du premier au deuxième échelon. Comment les femmes, leur entourage et les professionnels se débrouillent-ils de cette douleur et réussissent-ils à la gérer ? Au travers de ce problème, se trouve posée la question de savoir comment les différents acteurs du système néerlandais se donnent les moyens de maintenir une certaine étanchéité entre pathologie et physiologie et donc contraignent les trajectoires des femmes.

Ce qui nous intéresse en particulier, c'est de comprendre comment une configuration particulière produit une certaine définition du travail, de ses étapes, des difficultés qui peuvent y être rencontrées etc.⁵⁸ Ainsi, la femme n'est pas *a priori* capable ou incapable de gérer la douleur du travail de dilatation, et il ne s'agit pas non plus d'une simple question de "volonté". Ce sont les configurations dans lesquelles la femme est prise qui rendent la douleur plus ou moins supportable et gérable. Nous ferons l'hypothèse que ces configurations peuvent prendre différentes formes et qu'en fonction de la manière dont y sont attribuées les compétences, les capacités d'action, la naissance peut être un événement plus ou moins technique, plus ou moins médical, plus ou moins douloureux. Nous montrons ici que c'est en partie la relation spécifique entre la femme et la sage-femme, qui donne à des éléments comme la douleur, par exemple, ou comme les tests prénataux, des proportions plus ou moins ingérables. Il nous apparaît nécessaire de développer la réflexion en ce domaine car les acteurs de l'obstétrique ne sont en position extérieure par rapport à ces processus, ils sont pleinement impliqués dans leur constitution.

Pour développer notre analyse, nous nous sommes appuyés sur des entretiens avec 9 femmes et 1 couple néerlandais, peu de temps après leur accouchement, qui s'est déroulé soit à la maison avec une sage-femme, soit à l'hôpital avec un gynécologue.

Parmi ces personnes, deux sont des clientes de Lineke :

- l'une, primipare, a accouché chez elle ;
- l'autre, qui avait eu son premier enfant à l'hôpital, avec un gynécologue, a accouché de son deuxième à l'hôpital avec sa sage-femme.

Trois sont des clients de Janine :

⁵⁸ En annexe, nous présentons quelques éléments sur le déroulement en général de l'accouchement.

- une primipare, qui a accouché chez elle ;
- un couple dont les deux enfants étaient nés à l'hôpital, mais dont la grossesse avait été suivie par une sage-femme ;

- une femme qui a donné naissance à ses deux enfants chez elle.

Cinq sont des clientes de Rianne :

- une primipare, qui a accouché chez elle ;
- une femme qui a eu son premier enfant à l'hôpital, avec un gynécologue, et son deuxième enfant, chez elle ;
- une femme qui a eu son premier enfant à l'hôpital, son deuxième et son troisième chez elle ;
- une primipare qui a accouché chez elle ;
- et une femme qui a accouché la première fois à l'hôpital, avec sa sage-femme, et la deuxième fois, chez elle.

Nous avons préalablement demandé aux différentes sages-femmes de nous fournir une liste de client(e)s susceptibles d'accepter d'être interrogé(e)s : c'est ce qui explique les variations du nombre d'entretiens entre les trois cabinets. Mais étant données les similitudes qu'ont pu faire ressortir les entretiens menés avec chacune des clientes d'une même sage-femme, nous ne considérons pas que ces écarts constituent un problème majeur.

1. LE CHOIX D'UNE SAGE-FEMME

« Je me suis dit : "Pourquoi aller chercher plus loin ? »

Aux Pays-Bas, les sages-femmes ne peuvent pas établir leur cabinet où bon leur semble. Une « *politique d'installation* » (*bevestigingsbeleid*) détermine, en fonction du nombre d'habitants d'une région donnée, le nombre de sages-femmes autorisées à y ouvrir leur cabinet. Dans l'idéal, une sage-femme devrait pouvoir « suivre » 150 clientes par an. En réalité, le nombre de praticiennes est bien trop faible pour répondre à la demande, et de ce fait, un certain nombre de grossesses et d'accouchements sont pris en charge par des généralistes ou même par des praticiens du deuxième échelon. Il y a quelque années, le « marché » était occupé de manière croissante par des sages-femmes belges, dont la formation, dans le cadre d'un système bien plus médicalisé que son équivalent néerlandais, se résumait à une courte spécialisation à l'issue d'études d'infirmière. Aux Pays-Bas, la formation des sages-femmes – quatre ans - s'effectue impérativement dans l'une des trois écoles spécialisées, et s'inscrit dans une ligne de

conduite typiquement néerlandaise, y compris en termes de tradition et de savoir-faire. Le diplôme autorise ses titulaires à exercer de manière autonome.

Dans les grandes villes, le nombre de cabinets de sages-femmes est assez important pour permettre aux femmes de procéder à une certaine sélection : généralement, elles interrogent leurs amies pour connaître leurs expériences, et c'est à partir de ces témoignages qu'elles effectueront leur choix. *« Il existe plusieurs cabinets dans ce quartier de la ville. Ainsi, les femmes sont libres de choisir. La plupart d'entre elles sont soit des « récidivistes », soit des clientes qui ont recueilli des informations auprès de leurs amies. Et il en va de même partout »* (1^{ère} sage-femme). Dans d'autres régions, et en particulier à la campagne, les cabinets sont moins nombreux, et les femmes n'ont pratiquement pas la possibilité de choisir.

« Oui, bien sûr, j'aurais pu aller consulter dans un village voisin, mais vous savez, c'est à huit kilomètres, le cabinet est très chargé, et tout le monde l'aurait appris : cela n'aurait pas été très correct à l'égard de Lineke (la sage-femme). Alors, voilà, c'est chez elle que je suis allée. » (R – 5).

« Il y a bien une autre sage-femme, à V., mais c'est trop loin, même si nous nous remplaçons mutuellement pendant les congés. Et il y a aussi le cabinet de Z., mais elle a déjà beaucoup de clientes. Vous savez, la pression sociale est forte, ici, et la rumeur ne demande qu'à se répandre. » (entretien RH, 9/98) .

Connaître les raisons qui amènent une femme à préférer un cabinet à un autre, demanderait une étude en soi. Il faut savoir que les praticiens médicaux et paramédicaux n'ont pas le droit de faire de la publicité. C'est le bouche à oreille, la communication avec les amies qui constitue au départ, pour les primipares, le vecteur du cheminement obstétrical. Chez les multipares, ce sont surtout les expériences antérieures qui sont déterminantes. L'échange de courriers électroniques suivant, récupéré sur un site Internet hollandais⁵⁹, illustre bien les différentes préoccupations dans ce domaine :

« Mon fils a deux ans maintenant, et tout va bien. J'ai accouché avec un très bon obstétricien, et tout s'est bien passé. Mais à l'époque, je n'étais absolument pas satisfaite de la façon dont ma grossesse avait été suivie par la sage-femme. Je suis inquiète, parce que j'envisage une nouvelle grossesse. Je me demande si je devrais lui faire part de mon mécontentement d'alors, (j'en étais incapable, même 6 semaines après l'accouchement !). Quelqu'un pourrait-il me dire si, dans le cadre d'une deuxième grossesse, je peux demander à être suivie par un obstétricien ? »(F01858, 7/5/98)

Réponse :

⁵⁹ Ces échanges proviennent d'un forum d'échanges, sur un site néerlandais destiné aux (futurs-) parents : voir <http://ouders.nl/forum>

« Ne pouvez-vous pas opter pour un autre cabinet de sages-femmes, ou une autre sage-femme ? Ou peut-être pouvez-vous faire valoir des complications apparues lors de votre premier accouchement pour être suivie par un obstétricien exclusivement ? Moi aussi, j'ai eu affaire à des sages-femmes désagréables. L'une d'entre elles travaillait avec l'hôpital où j'ai accouché. J'ai réussi à retenir mes contractions jusqu'à ce qu'elle ait terminé son service, et ce n'est qu'à partir de ce moment-là, que le travail a vraiment commencé, et que j'ai été assistée par une sage-femme très agréable. Pendant ma deuxième grossesse, j'ai également été suivie par une sage-femme avec laquelle je ne me sentais pas à l'aise. Environ quatre semaines avant l'accouchement, j'ai changé de cabinet, et je m'en suis félicitée, parce que la nouvelle sage-femme était très bien. (F01858-1, 10/5/98)

Autre réponse :

« Pour moi, l'expérience est assez différente. Notre cabinet est très bien : les sages-femmes y sont agréables, expérimentées, elles prennent leur temps pour chaque cliente, etc. . J'en étais très satisfaite. Mais voilà ... à partir de la 33^{ème} semaine, j'ai été obligée de consulter un obstétricien tous les deux jours, pour des raisons médicales, c'était épouvantable. Tout le monde était toujours pressé, les examens étaient successivement pratiqués par au moins trois infirmières différentes, avant que je ne puisse voir l'obstétricien, très brièvement. A ce stade, tout était devenu très impersonnel. Ensuite, on m'a envoyée à l'hôpital, où j'ai dû rester pendant 3 semaines, parfois même sans voir un seul médecin dans la journée. Je pouvais m'estimer heureuse lorsqu'un obstétricien venait me voir, mais ce n'était jamais le même. Par contre, les sages-femmes, qui officiellement ne me suivaient plus, venaient me rendre visite chaque jour, et me demandaient comment j'allais, COMMENT JE ME SENTAIS, et s'intéressaient à des choses importantes comme celles-là. Si bien qu'à la fin, j'ai demandé à accoucher avec une sage-femme et non avec un obstétricien – bien qu'officiellement, j'étais en situation de grossesse pathologique. Cela m'a demandé beaucoup d'efforts, mais je suis arrivée à mes fins, et maintenant, je garde un souvenir fantastique de cet accouchement, à l'hôpital, certes, mais avec une sage-femme » (F01858-4, 19/5/98).

Et enfin :

« Lors de ma première grossesse, je me suis adressée à un cabinet composé de quatre sages-femmes. La première consultation a été épouvantable. La sage-femme me traitait comme une machine, elle ne m'expliquait rien. Aucune réponse à mes questions. Les consultations suivantes ont été assurées par d'autres praticiennes, et celles-là étaient bien. Mais une semaine avant la date prévue de l'accouchement, je suis tombée de nouveau sur la première sage-femme. Là, je me suis un peu affolée, je ne savais pas quoi faire. La consultation a dû durer 2 minutes, pas plus ... Et si elle était de garde ce jour-là ? Je n'avais vraiment plus hâte d'accoucher ! ! Après de longues discussions, nous nous sommes mises d'accord sur le fait que je

n'accoucherais pas avec elle, mais avec l'une des trois autres sages-femmes (normalement, on accouche avec celle qui est de garde). La naissance a eu lieu à la maison, et tout s'est bien passé. Avec le recul, je me rends compte que j'avais réussi à exprimer mon mécontentement aux autres sages-femmes, qui ont compris et accepté ma position. Je sais que d'autres personnes ont eu des difficultés de communication avec cette sage-femme en particulier. Ce qui me dérange, c'est de savoir que cette situation perdure, et que rien n'est entrepris pour la changer : cette dame continue tout simplement à exercer, il semble presque difficile, même, de ne pas être suivie par elle » (F01856-5, 20/5/98)

.Comme nous l'avons mentionné précédemment, aux Pays-Bas toute femme enceinte doit en principe consulter une sage-femme au moins une fois. Nous avons également souligné que dans la pratique, les soins de la grossesse sont souvent directement pris en charge au niveau du deuxième échelon. Nous nous interrogeons ici sur la manière dont le suivi s'organise, une fois que la femme pense ou sait qu'elle est enceinte : quels sont les facteurs qui la poussent à consulter un généraliste, une sage-femme, ou un obstétricien ?

Toutes les clientes de Rianne, primipares et multipares confondues, considèrent que la question du choix de la personne qui allait devoir suivre leur grossesse ne s'est pour ainsi dire pas posée. Rianne est la seule sage-femme de la région, et, à cause d'un tissu social serré, les alternatives, y compris celles du gynécologue ou du généraliste, y sont pratiquement inexistantes.

"J'ai commencé par aller voir mon médecin. Il m'a examinée, et après la onzième semaine, il m'a envoyée chez Rianne" (F, Rianne).

"Elle est la seule dans les environs. Lorsqu'une femme est enceinte, elle doit aller chez Rianne, ou trouver un gynécologue" (J. Rianne).

"Je la connaissais. Mes parents tiennent un café près de son cabinet, et sa famille connaît la mienne. Je connaissais son mari. C'est comme ça que ça marche" (J. Rianne).

Pour les primipares comme pour les multipares, cette situation ne laisse qu'un champ de manœuvre réduit. Même lorsqu'elles n'apprécient Rianne que modérément, pas une seule de ces femmes ne fait état d'éventuels efforts pour accéder à de nouvelles possibilités.

"C'est vrai qu'elle est un peu spéciale. On l'aime ou on la déteste. Mais on n'a pas vraiment le choix" (Ma, Rianne).

Pour les clientes de Lineke, qui habitent une grande ville, trouver la personne qui suivra la grossesse relève d'une autre démarche. D'abord, dans chaque quartier il existe un certain nombre de cabinets de sages-femmes ; ensuite, la pression sociale est moins forte, et se répercute nettement moins sur les choix de la femme enceinte. Mais ici

encore, les entretiens font apparaître que le choix n'est pas vécu comme un processus qui implique une grande mobilisation des femmes. C'est souvent par l'intermédiaire de leur médecin généraliste ou d'amies qu'elles sont entrées en contact avec un cabinet en particulier ; moins fréquemment, elles se renseignent rapidement auprès de différents cabinets avant de se décider.

“J’ai demandé autour de moi. Mon généraliste m’a dit que je devais trouver un cabinet de sages-femmes. Il m’a indiqué celui de Lineke. Et les sages-femmes qui y travaillaient m’ont plu. Non, je n’ai pas envisagé de consulter un gynécologue, non.”
(E., Lineke 1996)

“Une amie avait été suivie par elles, et elle en était très contente ; alors je me suis dit : pourquoi aller chercher plus loin ?” (J., Lineke).

Pour M., qui a accouché une première fois avec un gynécologue, le choix d'être suivie par Lineke et d'accoucher avec elle découle clairement de sa première expérience :

“Pour mon premier, le généraliste m’a demandé si je préférais être suivie par une sage-femme ou par un gynécologue. C’était un gynéco que je voulais. Je croyais qu’avec une sage-femme, je serais obligée d’accoucher à la maison, ce que je ne souhaitais absolument pas. Plus tard, il m’est apparu que ce n’était pas le cas. Pour ma deuxième grossesse, j’ai désiré être suivie par une sage-femme – c’est plus personnel.”

Q. As-tu été déçue, la première fois ?

R. Oui, on ne m’a pas donné assez d’explications. Tandis que cette fois-ci, j’ai pu poser toutes les questions que je voulais ; tout était bien” (M., Lineke).

Parmi les clientes de Janine, on observe une différence entre les primipares, qui se contentent de l'offre disponible, et les multipares qui sont plus volontaristes dans l'élaboration de leur parcours obstétrical. La ville compte plus d'un cabinet de sages-femmes, et sa petite taille permet d'échapper aux restrictions géographiques en vigueur dans une grande cité (une sage-femme n'a pas besoin, et n'accepte, pas d'avoir des clientes à l'autre bout de la ville). En outre, Janine tient une permanence dans deux endroits différents, ce qui permet aux femmes de s'affranchir du problème de la distance entre leur domicile et le cabinet.

La primipare :

“Tu connaissais déjà Janine, n’est-ce pas ?

Oui, elle tient une permanence une fois par semaine dans le centre de soins où je travaille. C’était parfait, je pouvais aller aux visites prénatales pendant mon travail.

Mais n’as-tu jamais eu envie d’aller voir comment travaillent les autres sages-femmes ?

Non, je la connais bien. Il était logique que j'aille chez elle" (M., Janine).

Et l'une des multipares :

"J'ai eu mon premier enfant en juin 1996, avec A., une sage-femme. Pour cette deuxième grossesse, j'ai préféré choisir une autre sage-femme, à cause d'un certain nombre de choses qui se sont mal passées avec A. Nous avons eu un conflit au sujet de la possibilité d'avoir une échographie ... Et par la suite, l'allaitement ne s'est pas très bien passé. Mais A est une personne qui considère que l'allaitement fonctionne toujours bien. Ce qui s'est avéré être faux ... Ces incidents m'ont amenée à choisir une autre sage-femme. Je connais Janine par le biais de l'étude que je réalise ..." (C., Janine).

Ainsi, l'environnement obstétrical, tel qu'il se présente à la femme, peut varier suivant les possibilités qu'il offre. Il est fort probable qu'un cabinet rural a moins de possibilités à proposer qu'un cabinet situé dans une grande ville. Mais c'est la manière dont le premier intervenant rencontré par la femme se positionne dans le système de soins qui est ici cruciale : celui-ci peut adhérer au principe de suivi systématique en premier échelon (pour les femmes en bonne santé), ou, au contraire, montrer une certaine complaisance à l'égard de celles qui souhaitent être suivies directement au niveau du deuxième échelon. Il faut toutefois noter à cet égard une différence importante entre les primipares et les multipares. L'expérience ou les expériences antérieures semblent déterminer la faculté des femmes à se positionner comme des sujets, capables d'établir des priorités dans leurs choix et de diriger le cours des événements. Les primipares se montrent moins informées (M., Lineke), et peut-être moins désireuses d'être informées (Ma, Janine) des différentes possibilités. A ce niveau, elles apparaissent sous le jour d'une certaine passivité. Les multipares, fortes de leur première expérience, engagent quant à elles une organisation bien plus structurée dans leurs choix et leurs décisions, et ce, dès le début de leur seconde ou de leur troisième grossesse.

Il peut paraître curieux que les clientes se forgent leur connaissance des différentes orientations obstétricales possibles tout au long de leur expérience, et non dans la collecte préalable de l'information disponible. On pourrait bien entendu avancer que l'organisation de l'obstétrique aux Pays-Bas n'est apparemment pas performante pour les « nouvelles arrivantes », et qu'elle s'avère incapable de fournir à toute femme fertile une information concrète sur ce qu'il convient de faire en cas de grossesse. Dans les récentes initiatives visant à promouvoir la naissance à domicile, la stratégie adoptée a été précisément d'essayer de mettre en place une politique d'information, en faisant l'hypothèse qu'une femme est à même de faire des choix meilleurs lorsqu'elle peut s'appuyer sur une information bien construite. Et il se pourrait bien que cela soit le cas.

2. LE CADRE DE LA NAISSANCE

« C'est encore plus particulier quand on accouche chez soi : on est la seule à avoir un bébé. »

Les femmes qui, selon les critères de leur sage-femme et de la liste VIL sont en bonne santé, et ne présentent pas d'antécédents alarmants dans leur passé obstétrical, peuvent choisir d'accoucher chez elle, ou à l'hôpital avec leur sage-femme. Ou du moins, en principe. Comment se prend la décision d'accoucher en un lieu plutôt qu'en un autre ? Quels sont les facteurs (humains et matériels) impliqués ? Voit-on ressortir les mêmes différences entre les multipares et les primipares ?

Toutes les clientes de Rianne que nous avons interrogées ont accouché de leur (dernier) bébé chez elles. Parmi elles, deux multipares avaient eu leur premier enfant à l'hôpital, et leur deuxième à domicile. Parmi les clientes de Lineke, la multipare (M.) avait eu son premier enfant à l'hôpital, et son second en ambulatoire ; la primipare avait accouché chez elle. La cliente de Janine, M., a accouché par deux fois à l'hôpital ; C a eu ses deux enfants à la maison ; Ma, primipare, a également accouché chez elle.

« Ton premier enfant était-il né ici, ou à l'hôpital ?

A l'hôpital. C'était un choix délibéré. D'abord, je ne savais pas ce qui allait ce passer, ce que à quoi je pouvais m'attendre. En fait, l'accouchement a été vraiment rapide.

Etait-ce un accouchement ambulatoire ?

Oui, et c'était très bien, sans problèmes, sans perturbations. On pouvait choisir l'endroit où l'on souhaitait accoucher.

Et as-tu également envisagé d'accoucher à l'hôpital, pour ton deuxième enfant ?

Non, je me suis dit que si c'était nécessaire, il serait toujours temps de se rendre à l'hôpital, mais que je voulais essayer à la maison. La première fois, je n'avais aucune idée de ce qui allait se passer. Cette deuxième fois, je savais à quoi m'en tenir. La première fois, je n'en avais aucune idée. Je ne savais pas à quoi m'attendre, j'avais peur. Cette fois-ci, j'ai dit à T. [son mari], que si quelque chose tournait mal, on pouvait être à l'hôpital en cinq minutes. Quand on a déjà un enfant, il vaut mieux rester à la maison. C'était la principale raison de mon choix.

Si tu devais avoir un autre bébé, accoucherais-tu de nouveau à la maison ?

Oui » (J., Rianne).

« Le premier s'est présenté par le siège. J'étais sous monitoring avec Rianne, lorsqu'il s'est avéré que c'était un siège.

Comment vous êtes-vous aperçues ?

Rianne l'a senti. Au cours de l'un des contrôles, elle m'a dit que le bébé était en position de siège, et qu'il fallait que je revienne dans quelques semaines. Cette situation est assez courante, et vers 27 semaines, habituellement, le bébé se retourne de lui-même. Mais dans mon cas, le bébé n'a pas changé de position, et j'ai dû me rendre à l'hôpital. Rianne m'a conseillé de passer une échographie, pour vérifier que le bébé était effectivement dans cette position, et de rester sous monitoring gynécologique à l'hôpital. C'est ainsi que le bébé est né, à l'hôpital, sous monitoring médical. Mon deuxième aussi, était en position de siège, dans un premier temps ! Rianne dit que cela dépend parfois de l'utérus. Je me suis dit : « oh non ! Pas un autre ! » je devais aller à l'hôpital le mercredi, pour leur faire savoir que j'allais avoir un autre accouchement par le siège. Et le lundi, je suis allée voir Rianne pour un contrôle, et il s'est avéré que le bébé s'était déjà retourné de lui-même.

T'en étais-tu rendu compte ?

Ce week-end là, j'ai eu de violents maux de ventre. Mais on ne sait jamais trop ce que c'est. Le bébé s'était donc retourné, et je pouvais accoucher à la maison » (Ma., Rianne).

Notons ici la différence entre le premier et le deuxième récits. J. est très présente et prend activement des décisions dans les deux cas – c'est elle qui opte pour un accouchement ambulatoire, puis pour un accouchement à domicile ; c'est même elle qui informe son mari : l'hôpital est suffisamment proche en cas d'urgence. Le récit, à ce stade, ne mentionne l'intervention d'aucun autre acteur. C'est J., et elle seule, qui décide.

C'est à l'hôpital que Ma a dû accoucher la première fois, du fait d'un certain nombre de décisions obstétricales, dans lesquelles, pour des raisons de protocole, elle n'a pas pu intervenir. Rianne avait ausculté son ventre, suspecté un siège, et l'avait dirigée vers une échographie ; la liste VIL préconise dans ce cas que l'accouchement s'effectue à l'hôpital. Pour ce qui la concerne, Ma aurait préféré accoucher chez elle, mais elle n'a pas été consultée : il n'y avait pas d'espace pour son avis dans la prise de décision du lieu de la naissance. Lors de son deuxième accouchement, un scénario identique semblait se préparer, et là encore, le cours de événements était donné par Rianne, la liste VIL, et le bébé. La version du bébé a ouvert un espace dans lequel Ma a pu se positionner comme un sujet, capable de faire ce qu'elle souhaitait : « J'ai pu enfanter chez moi ».

Pour F. comme pour E., deux clientes primipares de Rianne, les événements ont suivi un autre cours. Toutes deux éprouvaient une forte motivation pour accoucher chez elles, et toutes deux ont réussi.

« J'avais déjà travaillé à l'hôpital et fait un stage dans le service maternité. Mes préjugés contre l'hôpital étaient donc nombreux ... Je ne voulais certainement pas avoir mon bébé à l'hôpital. Je considérais que j'étais bien plus en sécurité avec une

sage-femme expérimentée telle que Rianne, qu'avec un jeune interne à l'hôpital. Je conseillerais d'ailleurs à toutes les femmes dont la grossesse se déroule normalement d'accoucher chez elles. Pourquoi une femme dont la grossesse se passe en toute quiétude devrait-elle se retrouver à l'hôpital ? » (E., Rianne).

« Pas en ambulatoire. Ce que je voulais, c'était que tout se passe bien. Ma confiance en Rianne était totale. Je ne savais pas quoi faire. Je me fiais à elle. Je ne suis pas faite pour l'hôpital. Personne ne l'est, d'ailleurs. Au début, j'avais peur de devoir y aller, puis j'ai su que J. serait toujours là, quoi qu'il arrive. Il serait là.

Avez-vous jamais eu une discussion avec Rianne concernant l'endroit de l'accouchement ?

Oui. Nous avons toujours dit que c'est à la maison que j'accoucherais. Il n'y avait aucune raison d'aller à l'hôpital. Nous voulions que l'événement se déroule ici, avec l'assistance de Rianne » (F., Rianne).

E. fait référence à son expérience professionnelle d'infirmière en milieu hospitalier, mais ses choix se basent surtout sur le fait qu'elle voit en Rianne un agent obstétrical expérimenté, et aussi sur le déroulement normal de sa grossesse. On peut ainsi dire que c'est l'association de son expérience professionnelle, de son corps, de l'ensemble maison / mari / sage-femme, qui permet à E. d'envisager l'accouchement à domicile en toute sécurité.

Pour F. le choix d'accoucher chez elle ne s'inspire d'aucune expérience, personnelle et antérieure, ou professionnelle. Et pourtant, elle a opté pour la naissance à domicile. Sa personnalité (*elle n'est pas faite pour l'hôpital*), son appréhension du milieu hospitalier, la force de sa projection de Rianne en tant que participante essentielle, compétente et digne de toute sa confiance : tels sont les éléments qui ont déterminé son choix.

M. (Lineke) a accouché de ses deux enfants à l'hôpital : le premier avec un gynécologue, le deuxième avec une sage-femme. Dès le début de sa première grossesse, M. avait « décidé » que le suivi en serait effectué au niveau du deuxième échelon, et ce, dans le but délibéré de ne pas accoucher chez elle. Bien qu'il puisse arriver que le premier contact d'une femme avec le premier échelon s'effectue au moment précis de l'accouchement, il arrive rarement qu'une femme accouche à ce niveau avec une sage-femme, lorsqu'elle a été suivie tout au long de sa grossesse au niveau du deuxième échelon. Ainsi, M. s'était assurée d'accoucher à l'hôpital.

« J'ai accouché de mon premier à l'hôpital. Je pensais que ce serait mieux » (M., Lineke).

Pendant sa deuxième grossesse, elle apprend que le fait d'être suivie par une sage-femme n'implique pas impérativement que l'accouchement se déroule à domicile. Et, ayant tiré les enseignements de sa douloureuse expérience précédente, elle décide de

faire suivre sa grossesse au niveau du premier échelon. Cependant, elle ne veut toujours pas accoucher chez elle.

« L'accouchement ambulatoire, c'était un choix ou une nécessité ?

Non, c'était un choix.

Pourquoi ?

Parce que je n'aimais pas l'idée d'accoucher chez moi. La première fois, j'avais perdu les eaux sur une contraction, et je ne voulais pas de ça à la maison. Les eaux ont véritablement jailli de moi, et je pensais à la moquette, et au reste ... Pas question. Mais cette fois-ci, c'était différent. J'aurais très bien pu le faire à la maison. Je pensais qu'à l'hôpital tout était déjà en place en cas d'urgence ... » (M. Lineke).

Il reste une constante entre le premier et le deuxième accouchement : M. a le sentiment très net que l'accouchement à domicile ne lui correspond pas. L'information reçue lui a permis de rester sur le premier échelon, pendant sa deuxième expérience de maternité. Et il est intéressant de relever que l'expérience d'un accouchement plus facile (voir plus bas) l'amène à penser : *« J'aurais très bien pu le faire à la maison »*. Ce changement d'optique tient pour une grande part à la perception de son corps, et à la participation de Lineke.

« Et Lineke est venue avec toi ?

Non, elle s'est rendue directement à l'hôpital . Elle y est arrivée dix minutes après moi. Elle n'était pas excessivement présente. Elle était très calme, elle se promenait dans les couloirs, et venait de temps en temps dans ma chambre. »

L'entretien laisse apparaître que pendant l'accouchement M. n'a pas eu autour d'elle un collectif prêt à la soutenir – ce qui est peut-être encore pire à la maison qu'à l'hôpital.

« J'attendais que quelque chose se produise. E. [son partenaire] et ma mère étaient assis à côté de moi, tous deux très nerveux ; ça n'était pas pour m'aider.

Non, cela n'aide pas.

Ma mère ne cessait de trembler. C'était tellement triste.

C'est donc elle qui a pris le bébé ... et c'est ton ami qui a coupé le cordon ombilical ?

Euh, non ... E. était en train de me masser le dos ... il fallait qu'il tienne le gant de toilette, et ceci, et cela ...

C'est toi qui voulais qu'il fasse cela ?

Oui, je n'arrêtais pas de lui donner des ordres ... je lui disais de revenir ... j'étais devenue assez pénible.

Comment, cela ?

Par exemple ... « Masse-moi le dos ... masse-moi le dos ». Il disait « Maintenant, laisse moi tranquille ». J'étais allée trop loin pour lui, il avait envie de partir. Pourtant il a fait tout ce qu'il fallait faire, il était là pour moi. Il trouvait que c'était épouvantable ... Il a presque pleuré de me voir couchée dans cet état. Il a aimé la deuxième naissance, mais la première a été très dure pour lui. La deuxième était bien plus belle parce que plus naturelle.

Qu'entends-tu par belle ?

Eh bien, la deuxième fois il n'a pas été nécessaire de découper ou d'inciser comme la première fois. Ce spectacle lui a paru insupportable. C'était, à ses yeux, comme si on me découpait en deux. Ce n'était tout simplement pas beau à voir. Tandis que cette fois-ci, tout était bien plus naturel.

A-t-il assisté à toute la naissance ? Où se tenait-il ?

Il était à côté de moi ... »

Il ne suffit pas que la sage-femme soit quelqu'un de solide pour que la femme imagine accoucher à domicile, il faut qu'elle puisse être capable d'agir sur les proches de manière à ce que la femme ait le sentiment que son environnement fait corps avec elle et la soutient ; or dans le cas présent, cela « ne prend pas » sans qu'on puisse d'ailleurs en attribuer la responsabilité aux uns ou aux autres.

J, primipare et cliente de Lineke, a décidé d'accoucher chez elle.

« Au début, la première fois que j'ai rencontré Lineke, elle m'a demandé si je préférais accoucher chez moi ou à l'hôpital. L'hôpital me paraissait plus sûr. Je n'avais encore jamais abordé le sujet de l'accouchement avec mes amies, et la grossesse ne me préoccupait encore pas outre mesure.

En quoi l'hôpital te paraissait-il plus sûr ?

Parce que tout ce qui est médical y est à portée de la main. Mais après un certain nombre de lectures, je me suis rendu compte que ce n'était pas forcément le cas. Parce que tout est relatif ... le gynécologue n'est pas disponible si vous accouchez au milieu de la nuit. Et bien entendu, l'hôpital est peuplé de gens malades et de toutes sortes de bactéries qui peuvent ... En fait, les conditions sont meilleures lorsqu'on accouche chez soi.

Qu'as-tu lu à ce sujet ? Quels sont les éléments qui t'ont décidée à ne pas accoucher à l'hôpital ?

Eh bien, je n'avais pas encore arrêté mon choix, mais en m'appuyant sur ce que Lineke m'en disait ...

Et que te disait-elle ?

Entre autres, elle m'a dit que pendant la nuit il n'y avait pas de gynécologue. Plus tard, l'idée d'avoir des contractions dans la voiture a commencé à me déplaire. J'imaginai que cela devait vraiment être atroce ! Et je me disais que ce serait merveilleux si le bébé pouvait naître à la maison, dans un environnement familial. C'est plus naturel. Je pense qu'il y a là un lien avec l'idée que l'accouchement n'est pas une maladie. Alors pourquoi aller à l'hôpital ? Si tout va bien, il n'y a aucune raison d'y aller. Et je crois que l'on arrive à sentir si tout est en ordre ou pas. Vous voyez, si je n'avais pas été sûre que tout allait bien, j'aurais opté pour l'hôpital. Mais je me sentais bien, je sentais le bébé bien actif dans mon ventre ... Pourquoi aurait-il eu un problème ? Je n'ai jamais pensé que quelque chose pouvait ne pas tourner rond. Et nous avons toujours cette idée rassurante : nous habitons à proximité de trois hôpitaux ... si jamais il devait arriver quelque chose ... En plus, il n'y a aucune intimité dans un hôpital. Ils font toutes sortes d'efforts pour donner un aspect agréable aux chambres, mais cela reste tout de même un hôpital. En fait, je n'ai jamais été réellement hospitalisée.

Serais-tu prête à recommencer, à la maison, et avec la même sage-femme ?

Sans hésiter. Accoucher à la maison est ce qu'il y a de plus beau. Je ne comprends pas les gens qui vont à l'hôpital lorsqu'il n'y a pas de raison médicale d'y aller. Si tout va bien pour la femme et le bébé, alors l'accouchement à la maison est la chose la plus naturelle, la plus merveilleuse qui soit.

Aurais-tu été déçue si tu avais dû aller à l'hôpital ?

Oui. Je n'aurais pas du tout aimé cela. On ne peut rien y faire. Je crois que c'est plus facile à admettre s'il y a une justification médicale. On sait alors qu'on est hospitalisée pour sa propre santé et pour celle de son enfant. C'est peut-être là ce qui permet de l'accepter. »

Ici, nous assistons à un basculement : partie de l'idée qu'elle souhaitait un accouchement ambulatoire, J. passe à l'attitude opposée, avec un rejet catégorique de l'accouchement à l'hôpital, s'il n'est pas fondé sur des raisons médicales. Entre ces deux moments, ce sont des lectures, des amies, et surtout des discussions avec Lineke qui lui présente toute la gamme d'arguments, politiquement et pratiquement corrects en faveur de l'accouchement à domicile, qui l'ont amenée à en décider autrement. L'option de l'accouchement ambulatoire se dégage comme une solution d'urgence, et non comme une possibilité normale. Pour que l'hôpital soit effectivement un lieu de sécurité, il faut du temps : la nuit, lorsque se déroulent la plupart des accouchements non déclenchés, les gynécologues ne sont pas à pied d'œuvre, à attendre qu'arrivent d'éventuelles femmes en travail. Et le transfert pendant le travail – dans l'accouchement ambulatoire, la femme reste chez elle jusqu'à ce qu'elle atteigne 6 à 7 centimètres de dilatation – est une épreuve pénible. En outre, les hôpitaux ne sont pas nécessairement sans danger. En contraste avec cette image négative, le domicile apparaît alors comme l'endroit idéal : l'environnement est familier, et l'événement naturel, merveilleux. A

noter toutefois que dans cet endroit idéal, l'état de santé de J., et l'estimation que Lineke en fait, sont très importants. « *Vous voyez, si je n'avais pas été sûre que tout allait bien, j'aurais opté pour l'hôpital* » (J., Lineke).

J. a choisi : en fin de compte, c'est elle qui s'approprie la décision. Et la pertinence de ce choix est établie a posteriori par l'expérience positive qu'elle y fait de l'accouchement. Toutefois, elle a laissé ouverte la possibilité que les choses se passent différemment. A la question de savoir si elle aurait été déçue de devoir accoucher à l'hôpital, elle répond :

« Oui. Mais on ne peut rien y faire. Je crois que c'est plus facile à admettre s'il y a une justification médicale. On sait alors qu'on est hospitalisée pour sa propre santé et pour celle de son enfant. C'est peut-être là ce qui permet de l'accepter. » (J. Lineke).

M., une cliente de Janine, a accouché deux fois à l'hôpital, mais aurait souhaité accoucher chez elle. C., une autre cliente de Janine, a, pour sa part, accouché chez elle à deux reprises. C., qui a une formation médicale, abonde dans le sens de J. : l'accouchement à domicile est un événement précieux, et cette expérience positive conforte la femme dans l'idée qu'elle a effectué un choix, et que c'était le bon choix. A l'inverse, le fait de devoir accoucher à l'hôpital est associé à la contrainte, à l'idée que d'autres acteurs ou d'autres facteurs (tel un bébé trop gros) ont entraîné la trajectoire dans une direction non contrôlable par la femme : il n'y a pas de choix possible pour la femme.

« Accoucher à la maison est tout simplement très beau. Il n'y a personne dont il faille tenir compte, si ce n'est les gens dont on a besoin. Ils sont vraiment là pour toi. Quand tu donnes la vie, c'est un moment qui t'appartient, qui appartient à ton mari, à la sage-femme, peut-être à l'auxiliaire de maternité, aussi. C'est dans son propre foyer que tu accouches, tu peux prendre un bain, tu restes dans son propre lit. C'est encore plus particulier quand on accouche chez soi : on est la seule à avoir un bébé » (C., Janine).

« Je pensais que la naissance aurait lieu à l'hôpital (le poids estimé du bébé excédait les 4 kg., ce qui constitue une indication médicale – NDA) ; envolée, la perspective d'accoucher chez moi ! Mais bien sûr, je voulais ce qui était le mieux pour mon bébé. La première fois, la naissance n'a pas eu lieu à la maison (pour la même raison – NDA), mais cette fois-ci, je voulais vraiment accoucher chez moi. Dans mon environnement personnel ... à la maison ... avec mon propre lit ... Cette idée me plaisait beaucoup. A l'hôpital, on peut faire savoir ce que l'on souhaite, mais il faut malgré tout se soumettre à un certain nombre de règles. Je dois dire que j'ai bien mieux vécu la deuxième naissance que la première ... On se montre plus décidée : on s'exprime, on demande que les lumières soient tamisées, on fait en sorte que les choses soient plus chaleureuses, moins stériles. Pour le premier, par exemple, j'ai passé tout le temps reliée au monitoring, et je croyais que je devais

rester immobile dans le lit. Mais cette fois-ci, j'ai pensé que je pouvais aussi bien m'asseoir » (M., Janine).

Nous voyons que lorsque le choix est retiré pour des raisons médicales, il suscite d'intenses regrets chez la femme, qui continue à espérer une deuxième chance. Mais nous voyons aussi que c'est à ce moment que le bébé intervient en tant qu'*acteur*, et c'est lui que l'on « utilise » alors, afin de rendre la décision acceptable et inévitable. M. présente l'hôpital comme un dispositif qui énonce ses propres règles et contraintes : celles-ci servent certes à son fonctionnement, mais ne tiennent pas compte du caractère particulier de chaque accouchement. Cependant, la seconde expérience est différente de la première dans la mesure où, forte de son premier accouchement où elle s'était sentie dépossédée et dépassée, la deuxième fois elle s'est mise en quête de nouvelles possibilités qui lui permettraient de garder un certain contrôle sur le déroulement de l'événement.

Accouchement à domicile, ou accouchement ambulatoire : ce choix est un des traits caractéristiques et essentiels de l'obstétrique néerlandaise. S'il est évident que le nombre de naissances à domicile semble ne pas devoir diminuer dans les années qui viennent, les raisons qui amènent l'accouchement à se dérouler à la maison ou à l'hôpital sont bien moins claires. Nous connaissons le rôle que jouent les expériences antérieures de ces femmes : plus ces expériences ont été positives, plus les femmes sont susceptibles de vouloir accoucher dans des conditions identiques. Celles qui ont été déçues, et qui tendent à penser que l'événement aurait pu se dérouler différemment, tentent la seconde fois d'accomplir une naissance plus conforme à ce qu'elles en attendent. Les déceptions qui n'auraient pas pu être évitées (« *pour des raisons médicales* ») amènent les femmes concernées à considérer que la distribution des rôles dans la prise de décision était différente, et qu'elles n'auraient pas pu intervenir dans les choix ouvertement effectués par d'autres qu'elles.

A noter encore que la décision des primipares qui ont opté pour l'accouchement à domicile, tient compte de la compétence et de la fiabilité de la sage-femme : « *J'étais bien plus en sécurité avec une sage-femme expérimentée telle que Rianne, qu'avec un jeune interne de l'hôpital* » (E.). « *J'avais une confiance totale en Rianne. Je ne savais pas ce que je devais faire. Mais j'avais entièrement confiance en elle* » (F.).

Le corps de la femme est lui aussi partie intégrante de la configuration qui définit l'accouchement. Des études montrent que les accouchements ambulatoires donnent lieu à davantage d'interventions obstétricales et médicales que les accouchements à domicile : la question est évidemment de savoir comment interpréter ces différences – des différences liées à l'environnement ou liées à la femme ? Certains optent pour la deuxième interprétation et suggèrent que la décision d'accoucher en ambulatoire pourrait relever d'une forme d'autosélection : une femme qui ne se sent pas sûre, qui

redoute les complications a peut-être de bonnes *raisons*⁶⁰ de le faire, elle est peut-être la mieux placée pour savoir quel environnement est le plus approprié dans son cas.

3. LES INTERACTIONS AVEC L'OBSTÉTRIQUE PENDANT LA GROSSESSE

Aux Pays-Bas lorsqu'elles pensent être enceintes, la plupart des femmes effectuent chez elles un test de grossesse. Si ce test est positif, elles consultent leur médecin généraliste, qui les renvoie habituellement vers une sage-femme ; sinon, elles consultent une sage-femme directement.

« Généralement, le médecin de famille ne fait rien de spécial, si ce n'est de vous adresser à une sage-femme ... Le mien m'a félicitée quand je lui ai appris que j'étais enceinte, et m'a recommandé d'aller consulter une sage-femme vers 10 ou 11 semaines de grossesse »⁶¹.

Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, les femmes qui sont assurées dans le privé et / ou qui présentent une indication médicale précise peuvent être renvoyées vers le deuxième échelon. Comment le parcours de la femme est-il défini pendant la grossesse ? Quels sont les agents qui interviennent spécifiquement, et de quelle manière interviennent-ils ? De quelle façon les relations avec l'obstétrique participent-elles à l'émergence du sentiment de vivre ou non une grossesse normale ?

Toutes les femmes que nous avons rencontrées, sauf une, ont été suivies par une sage-femme pendant leur grossesse. Seule M., une cliente de Lineke, avait délibérément «opté» pour un gynécologue lors de sa première grossesse, et cette expérience a été «concluante» dans le sens où pour sa deuxième grossesse, elle s'est orientée avec détermination vers une sage-femme. Toutes ces femmes confirment ce que leur sage-femme a pu dire ou montrer concernant le contenu des consultations.

« Eh bien, elle faisait toutes les choses habituelles. Elle me pesait, demandait comment j'allais, mesurait mon ventre, écoutait le bébé. Les choses normales, quoi » (extrait de tous les entretiens).

Les femmes interrogées mentionnent des différences que nous avons observées nous aussi, et qui ressortent des entretiens avec les sages-femmes : Rianne procède elle-même à tous les examens, et ne sollicite d'échographie que pour des indications médicales (soupçons de gémellité, par exemple) ; vis-à-vis de ses clientes elle affirme très clairement sa position : devant une grossesse normale, l'hôpital n'a rien à offrir. Lineke pratique elle aussi tous les examens dans son cabinet, elle hésite à envoyer ses

⁶⁰ Wiegers, T. & Berghs, G. (1994), *Home or Hospital Birth*. Utrecht : Nivel.

⁶¹ <http://www.ouders.nl/forum>, 21 mai 1998, n° F01951-

clientes vers des professionnels ou des structures plus spécialisés, bien qu'elle explicite davantage cette possibilité. Elle s'adapte à chacune de ses clientes, en fonction de la détermination qu'elle sent chez elles. Ainsi, il est apparu que M., qui était entièrement déterminée à accoucher en ambulatoire, mentionne ne jamais avoir débattu de cette question avec Lineke, tandis que J. a changé d'avis sur l'endroit où elle comptait accoucher, sur la base d'une discussion avec Lineke. Janine, quant à elle, fait systématiquement pratiquer un examen sanguin et au moins une échographie à l'hôpital universitaire local. Cette relative proximité géographique et « organisationnelle » de son cabinet avec le milieu hospitalier entraîne un certain nombre de répercussions sur les accouchements, nous y reviendrons par la suite.

Les entretiens que nous avons menés ne nous ont pas permis de connaître précisément l'impact de ces divergences sur le parcours des différentes femmes. Nous pouvons toutefois conclure que le fait d'orienter une cliente vers un nombre plus ou moins élevé de praticiens, d'institutions, et de technologies médicales ne génère pas de différences notables. Les clientes de Janine circulent à travers un réseau plus étendu, et elles sont heureuses de la manière dont leur sage-femme les suit, efface leurs inquiétudes, les aide à se sentir à l'aise et en bonne santé. Les clientes se lient presque toutes avec leur sage-femme ; mais elles semblent plus ambivalentes voire même négatives dès qu'il s'agit de la façon dont Rianne semble tout garder pour elle-même – non seulement la pratique des examens (ce qui en soi ne semble pas les gêner), mais aussi, toutes les informations concernant le processus de la naissance.

« Si pour la première grossesse on est suivie par Rianne, on a tout intérêt à trouver une autre source d'informations, parce qu'elle communique vraiment très peu. Je savais à quoi m'attendre, mais je n'ai presque rien obtenu d'elle. Elle part du principe que la femme sait tout naturellement. Je ne peux pas me plaindre à son sujet. Elle était bien. Et puis, j'ai moi aussi cette attitude : « agir sans se poser de questions ». Mais je peux très bien imaginer que pour d'autres, ce soit épouvantable » (J., Rianne).

« Un des aspects négatifs de mon travail avec elle, était le fait que je devais toujours poser des questions sur la grossesse. Elle n'expliquait jamais les choses spontanément. Au bout d'un certain temps, je me suis habituée à son attitude détachée, parce que tout se passait bien et que je n'avais pas besoin de m'inquiéter. Mais elle aurait pu aller un peu plus loin dans ses explications » (E., Rianne)

« Chaque fois que je ressortais d'une visite prénatale, je me disais : J'aurais dû l'interroger sur ceci, et sur cela. Mais chaque fois j'oubliais, et généralement, elle parlait d'autre chose, comme du temps qu'il fait, ou du jardin. Mais j'ai continué à la voir. Je peux concevoir que beaucoup de femmes puissent la trouver dure et sèche. Pas question de se plaindre, avec elle. Elle n'aime pas cela, c'est ce qui d'emblée transparaît dans son comportement » (Ma., Rianne).

« Je dirais qu'elle est particulière. Pendant l'accouchement, elle est adorable. Mais elle aurait pu se montrer plus compatissante pendant les visites de contrôle. Pour mon troisième, j'ai été malade tout au long des six premiers mois, et tout ce qu'elle m'a dit, c'est ... Eh oui, ça fait partie de la grossesse ... Et rien d'autre. On n'a absolument pas le droit de se plaindre. Par contre, j'avais entièrement confiance en elle » (M., Rianne).

On ne peut pas dire que Rianne, par son attitude, suscite un sentiment d'insécurité, ou qu'elle entame la confiance de ses clientes. En même temps, elle est plus présente dans les récits que les autres sages-femmes. On peut voir là un certain paradoxe : c'est Rianne qui devant ses clientes *fait abstraction* de l'obstétrique avec le plus de détermination, mais c'est également elle qui, en tant qu'agent obstétrical, elle la plus présente, et qui laisse le moins d'initiatives possibles à la femme. Et le sentiment de sécurité qu'éprouvent ses clientes provient explicitement de l'importance de l'expérience de Rianne, de la compatibilité des caractères respectifs de chacune, de la faculté de la cliente à s'adapter à la façon d'être de Rianne (*« Que veux-tu faire avec une sage-femme qui te suit dans tes plaintes ?! Bien sûr, cela fait mal. Mais il faut arriver à dépasser cette douleur »* - F., Rianne), de l'expérience personnelle ou professionnelle de chacune, et, en particulier dans le cas de Ma., d'une expérience antérieure de l'accouchement.

Pour la plupart des femmes, l'expérience partagée de la grossesse ne se limite pas aux relations avec le conjoint, la sage-femme, les amies, la mère, mais elle passe également par la pratique d'au moins une échographie. Et même si les trois sages-femmes ont en principe chacune une politique différente en matière de technologie anténatale, politique qui est bien perçue et explicitée par leurs clientes (surtout celles de Lineke et de Rianne), les pratiques effectives et les expériences faites par les femmes sont peut-être moins tranchées. Janine est la seule à travailler sur la base d'au moins une échographie systématique pour chaque cliente. Pour des sages-femmes telles que Rianne ou que Lineke, qui sont plus réticentes à cette pratique, toute échographie doit résulter d'un diagnostic de la sage-femme, faisant état d'un doute légitime nécessitant la production d'une image. Toutefois, ces doutes sont faciles à produire :

« J'ai fait faire une échographie au début, parce que je ne savais pas de quand datait ma grossesse. C'était une grossesse non planifiée, et je ne savais pas exactement depuis quand j'étais enceinte.

...

Eh bien, il y avait 5 jours d'écart entre leurs calculs (référence à la sage-femme et au gynécologue, NDA) ... la date estimée de la naissance était le 7 novembre. Moi je savais quand cela s'était passé, et je me suis dit qu'il valait mieux se baser sur le 31 octobre » (J., Lineke).

Dans d'autres cas, la nécessité de l'échographie se justifie par les antécédents obstétricaux ou familiaux de la cliente.

« Ils ont vérifié que le ventre du bébé était bien fermé. Un de mes cousins est né avec le ventre ouvert » (F., Rianne).

« Mais le bébé était en position de siège. C'est pourquoi Rianne m'a fait faire une échographie pour s'assurer qu'il était effectivement dans cette position, et m'a conseillé de rester sous monitoring médical » (Ma., Rianne).

« Pour mes deux grossesses, j'ai dû faire effectuer une échographie à 12 semaines, parce que H.[son partenaire] est un jumeau. C'est toujours ce qui se fait.

Rianne te l'avait-elle suggéré ?

Oui. Elle disait que bien que la gémellité se transmette généralement de mère en fille, elle me recommandait de faire une échographie, en raison de mon ventre qui grossissait si vite au début. Elle trouvait qu'il était utile de voir cela de près » (Ma., Rianne).

Le discours sur l'éventuelle impossibilité d'effectuer une échographie varie selon les différentes femmes. Certaines dépassent leur désir de voir le bébé en comprenant les raisons pour lesquelles l'échographie n'est pas pratiquée :

« As-tu été déçue de ne pas avoir d'échographie ?

Non, je n'étais pas déçue. La grossesse se passait tellement bien, je ne pensais pas en avoir l'utilité cette fois-ci » (J., Rianne).

« Pour mon troisième, j'ai très rapidement pris beaucoup de poids. Tout le monde pensait que ce seraient des jumeaux. Si bien qu'à un moment donné, j'ai souhaité que l'on fasse une échographie, pour ma propre tranquillité. Mais Rianne m'a assuré qu'il n'y avait effectivement qu'un seul bébé, alors j'ai laissé tomber » (Ma., Rianne).

Certaines se démènent pour avoir une échographie, en dépit de la volonté de leur sage-femme.

« J'étais enceinte de mon premier, et nous avions l'intention d'aller en Australie pour les vacances, et je voulais avoir une échographie. Mais A.(sa sage-femme précédente) m'a dit que j'avais déjà entendu le battement du cœur, et que cela n'était pas nécessaire. Mais moi, je voulais en faire une. Et elle, elle trouvait que c'était inutile, puisque tout allait bien. Or j'avais déjà pris le rendez-vous, et je souhaitais qu'elle me donne une lettre de renvoi. Tout ce que je voulais, c'était ce document. Bon, j'ai fini par l'avoir » (C., Janine).

Les entretiens ne permettent pas de conclure si le fait d'avoir pratiqué une ou plusieurs échographies marque ou non une différence. Ce qui est certain, c'est que l'échographie ne remplace pas un fœtus invisible par un fœtus visible : l'effet en est de

toute façon très temporaire. Par ailleurs, il ne semble pas que le fait que de recourir à l'échographie entame la « normalité » supposée de la grossesse, au contraire, elle peut même renforcer ce sentiment de normalité en lui donnant un contenu visuel... du moins lorsque cette échographie est faite de manière routinière ou sur des motifs « légers » tels la détermination précise du terme. Lorsqu'une pathologie est suspectée, l'échographie revêt un sens tout à fait différent.

En résumé, nous pouvons conclure que les femmes s'en tiennent fidèlement au parcours que leur agent obstétrical a établi pour elles, et ce, à leur grande satisfaction : elles consultent leurs sages-femmes, elles effectuent les contrôles du suivi anténatal, ont éventuellement recours à l'échographie, assistent aux séances de préparation à l'accouchement, et tout au long de cet itinéraire, elles se mettent en condition pour cet événement. Les agents obstétricaux sont ici particulièrement présents ; mais il est très frappant de constater que quelle que soit l'attitude de ceux-ci, qu'ils prodiguent une information exhaustive ou qu'ils soient au contraire plus réticents à informer, les femmes, elles, prennent l'obstétrique comme elle vient.

4. LA DOULEUR

Aux Pays-Bas, les accouchements en premier échelon se déroulent sans suppression médicale de la douleur. Même si la sage-femme peut, à la maison, donner un léger anesthésiant, elle n'est pas habilitée à procéder à la pose d'une péridurale. D'une manière formelle, cependant, la présence de douleurs ne constitue pas en soi une indication justifiant un transfert vers le deuxième échelon et l'administration d'une péridurale – il faut que des complications apparaissent pour que l'on ait recours à cette technique.

Quoi qu'il en soit, l'accouchement est une épreuve réputée douloureuse. Il est connu que pendant le travail, le corps sécrète une hormone particulière, l'endorphine, dont l'action s'apparente à celle de la morphine, et qui aide la femme, et le corps de celle-ci, à gérer la douleur. Ce qui nous intéresse ici, c'est de savoir de quelle manière la douleur est présente au cours du travail, et de quelle façon elle est gérée.

Toutes les femmes interrogées ont, à un moment ou à un autre, mentionné avoir été affectées par la douleur. Lorsque la question a été posée, aucune n'a répondu qu'elle aurait souhaité avoir une péridurale. Toutes semblent bien conscientes que le recours à une telle technique nécessite un transfert à l'hôpital. Celles qui ont accouché en milieu hospitalier, et pour qui l'administration d'une péridurale n'impliquait pas de changement de lieu, indiquent, elles aussi, que les mesures visant à supprimer la douleur ne constituaient pas leur préoccupation essentielle. A la question de savoir si elles auraient voulu ou pu avoir recours à la péridurale, elles opposent la même argumentation :

« Oui, mais pour cela, j'aurais dû être transférée à l'hôpital. Rianne dit que ça fait partie de l'accouchement : avoir un enfant, c'est douloureux » (M., Rianne).

« Non, je n'ai pas trouvé que la douleur atteignait des proportions insupportables. Je me disais qu'elle faisait partie de l'accouchement. » (J., Lineke).

« Non. C'est un mauvais moment à passer, mais c'est quand la douleur est la plus féroce, que les choses s'accélèrent » (C., Janine).

« On ne peut pas imaginer à quel point la dilatation est douloureuse.

- Aurais-tu souhaité une péridurale ?

Non, c'est ce qu'on fait aux Etats-Unis. Sans péridurale, au moins, on est bien consciente d'avoir eu un enfant. Ce n'est pas si terrible. C'est comme lorsqu'on va chez le dentiste : quand il en a terminé avec la roulette, on se dit : c'était tout ? » (J., Rianne).

Il apparaît toutefois une différence intéressante concernant ce que les femmes peuvent dire de la douleur. Nombreuses sont celles dont le discours à cet égard est double. D'un côté, lorsqu'elles se remettent en situation, elles se souviennent à quel point la douleur a pu, par moments, être difficile à gérer. Et de l'autre, quand elles en font une évaluation rétrospective, la douleur leur apparaît comme un élément supportable, jouant un rôle précieux dans le processus psychologique de l'attachement, s'estompant et s'oubliant étonnamment vite.

« Les derniers instants étaient vraiment épouvantables. J'ai cru mourir ! »

Voudrais-tu avoir d'autres enfants ?

Non, deux me suffisent. Mais pas pour des raisons liées à l'accouchement. Si toutes les naissances se passaient comme ça, je pourrais en avoir dix ! » (F., Rianne).

« Pendant les contractions, je me disais : qu'est-ce que ça fait mal ! Mais l'expulsion était pire encore ! Et malgré toute la douleur, j'ai le sentiment d'avoir vécu quelque chose de merveilleux, je crois que c'est l'expérience la plus intense de ma vie. Si tu m'avais posé la question juste après l'accouchement, je t'aurais répondu : « Plus jamais ça ! ». Mais le sentiment de douleur s'efface rapidement » (J., Lineke).

« Je devais pousser pour faire sortir le bébé, et c'était très douloureux. C'était vraiment atroce. J'implorais pour qu'on m'aide avec des ventouses ou des forceps. Tout, sauf la douleur. C'est un moment vraiment dur. La violence primale qui se libère, dans ces instants ... on est vraiment en train de donner la vie, de mettre son enfant au monde. On a le sentiment que cette violence est une manière de nouer le contact. A ce moment, la relation avec le bébé est bien réelle. On est complètement occupée à l'établir. C'est en cela qu'on crée un lien » (C., Janine).

Nous devons nous garder d'interpréter ces deux récits comme étant contradictoires, et d'y voir des signes de « conscience trompeuse », ou des tentatives pour résoudre des *dissonances cognitives*. Nous posons comme hypothèse que le récit de l'accouchement ne se contente pas de *restituer* l'événement, mais qu'il contribue à le *constituer*. C'est pourquoi, l'association d'une douleur intolérable et d'une attitude consistant à ne pas envisager de demander que « *quelque chose* » soit fait contre cette douleur, voire même à estimer « *pouvoir en avoir dix comme ça* » a une autre signification. Elle montre que la *douleur* n'est pas constamment présente dans la représentation que se font les femmes de leur accouchement : tout d'abord, parce que, durant l'accouchement, elle n'est pas permanente et ensuite, parce qu'a posteriori, elle devient un élément parmi d'autres qui caractérisent cet accouchement. Il ressort de tout ceci que la douleur arrive à être gérée de telle manière qu'après la naissance elle n'émerge pas comme LA caractéristique principale, atroce et terrifiante, de l'enfantement.

Si nous nous penchons de plus près sur ces récits, nous voyons d'abord que la *présence* de la douleur est considérée comme relevant de l'événement en lui-même : accoucher est une épreuve douloureuse, et les femmes le savent à l'avance. La douleur est inévitable, elle est produite par l'événement, non par un participant à celui-ci. Et la douleur est d'autant mieux gérée que la femme trouve un soutien dans le petit collectif qu'elle forme avec ses proches et la sage-femme et que ce collectif lui permet de trouver les moyens de s'adapter à l'épreuve.

« J'ai parlé de mes douleurs à H. (le partenaire), et il a pensé que ce pouvaient être des contractions. J'ai pris une douche, je me suis habillée, et puis j'ai dû m'allonger. Ensuite, ça allait mieux, et au bout d'une demi-heure, les douleurs étaient passées. Puis, elles ont réapparu ... » (Ma., Rianne).

« Je me suis allongée sur le lit, puis sur le canapé. Pour soulager un peu les contractions. Cela marchait assez bien. H. (le partenaire) m'a demandé s'il devait rester avec moi. Cela n'était pas nécessaire. Tout ce dont j'avais besoin, c'était de rester couchée sur le lit, et de respirer. Pour mon premier, à l'hôpital, ils avaient placé des bouillottes chaudes dans mon dos. Mais cette fois, je n'en avais pas envie. Tout ce que je voulais, c'était : être seule dans mon lit. J'ai dit à H. de descendre au rez-de-chaussée, puisque de toute façon, il ne pouvait rien faire pour moi » (Ma., Rianne).

« Qu'as-tu fait pendant les contractions ? »

J'ai tout simplement continué à travailler. Nous avons une ferme avicole, et j'aime bien ramasser les œufs. Quand la contraction arrivait, je m'appuyais contre le montant de la porte, et ensuite, je reprenais mes occupations. La position que je préférais, c'était debout dans l'encadrement de la porte. J'appuyais mon dos contre l'un des montants, et je poussais très fort sur l'autre, de mes deux mains. C'est ce qui marchait le mieux pour moi » (Ma., Rianne).

« J'avais des contractions dans les reins, et c'est très douloureux.

Qu'as-tu fait ?

J'ai exercé de fortes pressions contre mon dos. Je me disais : « Qu'est-ce que ça fait mal ». Et en même temps, j'avais se sentiment étrange qu'il fallait que je le fasse, que je ne devais pas m'arrêter. La douleur doit sortir, et on y résiste terriblement, parce qu'on sait qu'elle ne va aller qu'en empirant » (J., Lineke).

Les femmes font donc tout un travail d'adaptation à l'accouchement et à tout ce que le processus amène avec lui. Ce travail consiste à organiser leur environnement matériel et humain de sorte qu'il les soutiennent : quelles sont les personnes qui doivent rester avec elles, de manière constante ou temporaire, où celles-ci doivent-elles se tenir, que doivent-elles faire ou ne pas faire, quelle est la place de la femme dans cet ensemble ?

La sage-femme n'est pas là en permanence, et sa présence ne dépend pas entièrement des souhaits de la femme. Une femme peut demander à son partenaire de partir, ou au contraire de rester pour lui masser le dos ; mais elle ne peut pas ordonner à la sage-femme d'être présente ou non. Celle-ci vient et repart au gré de sa propre évaluation des différentes phases de l'accouchement : au début, il se peut qu'elle vienne faire une visite, mais ce n'est pas systématique ; pendant le travail, elle viendra à une ou à plusieurs reprises, et à l'approche de la phase de l'expulsion, elle restera, jusqu'après la délivrance.

« Vers quatre heures du matin, j'ai commencé à avoir très mal. J'ai appelé Rianne, et elle est arrivée vers 5 :30. J'en étais à environ 4 cm de dilatation. Elle m'a demandé de me lever, de faire quelques pas. J'ai dû souffrir atrocement durant une heure avant de la rappeler » (J., Rianne).

« Vers 3 :45, j'avais très mal au ventre. Je suis allée aux toilettes, et c'est alors que j'ai perdu les eaux. J'avais tellement mal que je ne pouvais plus rien faire ; sauf me cramponner à quelque chose. Je suis bientôt arrivée au rythme d'une contraction par minute, tout allait très vite, je souffrais terriblement, je n'arrivais pas à penser à ce que je devais faire, et j'étais un peu affolée. J'ai demandé à mon mari de préparer le lit et d'appeler Rianne. Elle m'a conseillé de prendre une douche, et de m'allonger pour essayer de gérer mes contractions pendant une heure. Et qu'elle serait là à 5 heures » (E., Rianne).

« A trois heures, j'ai appelé Janine, et je lui ai dit que je sentais toutes sortes de choses. Elle m'a dit de ne pas m'affoler, de prendre une douche, et qu'elle serait là dans trente minutes » (M., Janine).

Ainsi, la sage-femme entre dans le petit collectif de la naissance, mais selon ses propres critères. Sa disponibilité est importante, au même titre que les conseils qu'elle prodigue, et qui sont presque toujours suivis. Comment fonctionne ce collectif, de quelle manière peut-il constituer un support pour la femme ? Nous pouvons en avoir

quelque idée en comparant des récits dans lesquels il ne fonctionne pas avec des récits dans lesquels il s'avère jouer ce rôle :

« Rianne m'a demandé si je souhaitais toucher la tête du bébé, et je me souviens que je ne voulais pas du tout cela. Mon mari était assis à côté de moi, et regardait ce qui se passait » (J., Lineke).

« E. (le partenaire), et ma mère, étaient assis à côté de moi, tous deux très nerveux. Cela ne m'aidait pas. Et ma mère n'arrêtait pas de trembler. C'était tellement triste.

Pourquoi tremblait-elle ? A cause de la douleur ?

Oui, à cause de la douleur » (M., Lineke).

« Je criais, et je maudissais tout autour de moi. J'ai cru mourir de douleur. Mais Rianne n'a rien fait.

Tu sembles indignée par son attitude ?

Un peu.

Qu'aurais-tu souhaité qu'elle fasse ?

Rien de spécial. Mais d'habitude, la sage-femme s'assied auprès de la femme, et lui demande comment elle va. Mais elle se moquait de moi. T. (le mari) pense que c'est peut-être sa façon d'être, et qu'elle essayait simplement de plaisanter avec moi.

Tu n'as pas eu le sentiment qu'elle t'ait soutenue ?

Non, C'est bien la dernière chose qu'elle ait faite » (J., Rianne).

Notons la différence avec des expériences vécues positivement :

« J'avais mal. Rianne m'a un peu encouragée. Elle m'a dit qu'elle voyait la tête du bébé, par exemple. Je voulais la toucher, et je lui ai demandé. Et j'ai pu toucher la tête de mon bébé » (F., Rianne).

« Lorsque J. (une tante qui assiste à l'accouchement) est arrivée, j'étais sous la douche. Elle m'a renvoyée au lit, parce qu'elle a vu à quel point je souffrais. Je ne pouvais plus marcher. A deux, il m'ont aidée à rejoindre mon lit. J. m'a séchée, et m'a aidé à enfiler un T-shirt » (Ma., Rianne).

« Nous l'avons attendue, et elle est arrivée à 3 :45. « Que se passe-t-il ? » J'avais des contractions dans le dos, très douloureuses. Je lui ai dit que j'avais perdu les eaux, qu'elles étaient claires, et qu'il n'y avait pas de problème. Elle a procédé à un examen interne, et j'en étais à 3 cm de dilatation. Je me suis dit : de telles contractions, pour 3 cm seulement ! » Elle m'a dit qu'on allait attendre encore une heure, et qu'on verrait alors où on en serait. M. (le partenaire) s'est endormi dans

un fauteuil. Il avait allumé des bougies un peu partout, et c'était très agréable. La sage-femme et moi, nous avons regardé la télé ... » (C., Janine).

Dans ces différents extraits, il apparaît que lorsque l'entourage fait cercle autour de la femme et essaie de se fondre en un collectif réconfortant, qui se met au diapason de l'accouchement, son action est vécue comme facilitant le processus ; en revanche lorsque chaque acteur se désolidarise en suivant un plan d'action qui lui est propre et ne s'avère pas nécessairement coopératif, cela entraîne une situation jugée difficile par la femme. Ainsi, les différences de degrés, en termes de capacité à gérer les contractions et les douleurs, semblent être liées à l'aspect « moral » de ce collectif, dans son évolution : plus les participants se laissent porter par la dynamique de l'accouchement lui-même et s'effacent en tant qu'acteurs autonomes et plus ils sont considérés par la femme comme facilitant l'accouchement et la gestion de la douleur.

5. CONCLUSION : COMPARAISON FRANCE / PAYS-BAS

Que pouvons-nous tirer de la comparaison entre des analyses françaises et néerlandaises ? En quoi les modalités de construction par les femmes de leurs trajectoires présentent-elles des similitudes ou des différences ?

Il apparaît clairement que l'espace défini par les choix, la manière dont les femmes se les formulent est directement en rapport avec l'organisation telle qu'elle se présente à elles : nous l'avons observé sur la confrontation entre les différentes configurations françaises, et nous le retrouvons sur le cas néerlandais avec, ici, la constatation d'une plus grande homogénéité d'un cabinet de sages-femmes à l'autre, dans la mesure où, comme nous l'avons vu précédemment, il existe aux Pays-Bas des dispositifs de coordination formalisés au niveau national qui construisent des filières a priori faisant l'objet d'un relatif consensus. L'existence de ces filières, et en particulier d'un point de passage quasi-obligé, le cabinet de sages-femmes, semble « dédramatiser » la question du choix de l'interlocuteur, telle qu'elle peut par exemple se poser dans une grande ville française où l'éventail des possibilités est a priori très ouvert. Les femmes primipares se rendent assez facilement dans le cabinet le plus proche, sans se poser au départ trop de questions. Il semble que le climat de « normalité » qui entoure la grossesse et que les sages-femmes cherchent à maintenir contribue à instaurer une ambiance détendue en ce qui concerne ce type de décisions : il ne peut pas y avoir de surenchère en ce qui concerne la technicité ou les conditions de sécurité. De ce point de vue, le réseau de Clamecy produit, après incorporation par les femmes de son mode de fonctionnement, le même genre d'effet : la technicité et la sécurité sont incluses dans le modèle général qui associe les différentes structures et les différents intervenants et n'ont pas besoin d'être démontrées dans leur totalité à l'endroit de la prise en charge ; la proximité et la familiarité avec le dispositif local suffit alors à créer l'adhésion et la confiance.

Dans l'analyse des trajectoires et leurs justifications, on note aux Pays-Bas la même différence que nous avons observée en France entre les primipares et les multipares : l'expérience d'une précédente grossesse et de l'accouchement produit de la détermination. Les multipares sont beaucoup plus que les primipares capables d'argumenter leur choix, de conduire leur trajectoire, de réaliser leur projet. Ceci, il existe des différences notables dans les raisons qui sont utilisées pour expliquer que l'on garde la même sage-femme ou que l'on décide d'en changer : pour les femmes néerlandaises, sont mises en avant essentiellement les relations établies avec la sage-femme ou l'obstétricien. L'attention prodiguée par ces intervenants, la manière dont ils ont su s'adapter à la femme et à son entourage, leur capacité à créer un climat de sérénité, tous ces éléments sont centraux dans l'appréciation faite par les femmes. Alors que, de façon congruente par rapport aux modes d'organisation des deux pays, le répertoire des critères d'appréciation est plus ouvert dans le cas français, puisque peuvent être mis en cause non seulement les personnes, mais aussi les modes d'organisation des établissements et l'utilisation des techniques.

Autre point commun entre les deux pays, le rôle important des mécanismes de confiance dans la détermination de la trajectoire, mécanismes qui s'avèrent souvent plus prégnants qu'une analyse « rationnelle » basée sur des informations « objectives » : dès lors qu'un choix est possible en ce qui concerne le praticien ou la praticienne, la délégation partielle de ce choix à un professionnel ou à une relation de confiance est très fréquente. En revanche, le choix de la forme d'accouchement, à domicile ou ambulatoire (polyclinique), met en jeu de façon indissociable la confiance en la personne de la sage-femme et la confiance en l'ensemble du dispositif, confiance étayée par une certaine connaissance de son fonctionnement : dès lors que la sage-femme repère un flottement chez sa cliente, elle va faire jouer ces deux mécanismes simultanément ; comme souligné précédemment, nous avons là affaire à une situation très proche de celle que gère la sage-femme réseau du réseau de Clamecy qui se positionne de façon comparable aux sages-femmes néerlandaises : elle joue sur tous les tableaux, articulant dans une même visite sa compétence technique de sage-femme à un discours sur la rationalité et l'efficacité de l'organisation à laquelle elle participe.

Enfin, bien que cela soit sous des modalités extrêmement différentes, la question de la douleur fait apparaître dans les deux pays une même interdépendance de la femme vis à vis de son environnement, interdépendance qui, dans les deux cas, pour des raisons différentes, peut être minorée dans les discours professionnels alors qu'elle resurgit fortement dans les récits que font les femmes. En France, le scénario « officiel » qui s'est plus ou moins imposé dès lors que la péridurale perdait son caractère « médical » veut que la femme soit maître des décisions qui concernent la gestion de la douleur ; nous avons pu constater qu'en pratique, ces décisions se prenaient dans un mouvement collectif plutôt qu'elles n'étaient réellement prises par des femmes autonomes. Aux Pays-Bas, la représentation de l'accouchement comme « physiologique » s'accompagne de l'idée que ce processus se fait tout seul, et n'a guère besoin que d'une surveillance

destinée à repérer tout glissement vers la pathologie : pourtant, l'on constate dans les récits des femmes que l'attention de l'entourage et sa capacité à se mettre au diapason de la femme sont considérées comme des éléments importants quant à la manière dont la douleur est perçue et gérée par la femme.

Annexes

Annexe 1

Evaluation du réseau du Haut-Nivernais

1. MÉTHODE

L'évaluation du réseau porte sur la réalisation ou non des grands objectifs que se sont fixés les acteurs du réseau, à savoir : le prédépistage, le dépistage des risques, le suivi des grossesses, les transferts in utero.

1.1. Choix de la période d'étude

Puisqu'il s'agit ici d'évaluer la façon dont une population est prise en charge de manière globale par l'ensemble du réseau, depuis la déclaration de grossesse jusqu'à la sortie de l'hospitalisation après la naissance, nous avons besoin de disposer de l'ensemble des données du suivi jusqu'à l'accouchement compris. Par ailleurs, nous souhaitons pouvoir analyser une période où le fonctionnement était relativement stabilisé. Nous avons donc choisi d'étudier l'ensemble des grossesses ayant débuté durant la période du 1er avril 1995 au 30 septembre 1996, soit 18 mois.

1.2. Les populations étudiées

Les femmes habitant dans la région desservie par la maternité de Clamecy ont le choix :

- pour leur suivi de faire appel à un médecin ayant adhéré au réseau ou non ;
- pour leur accouchement, d'accoucher dans la maternité de Clamecy ou dans une maternité avec laquelle existe un accord officiel (Dijon) ou officieux (Nevers, Auxerre) dans le cadre du réseau, ou aucun lien (Côte-sur-Loire, Avallon).

Deux populations différentes ont ainsi servi de base à notre analyse, selon que nous souhaitions analyser le suivi de grossesse en ambulatoire, ou l'accouchement et ses suites immédiates :

La première population **P1**, nous a servi à évaluer la qualité du dispositif de **suivi anténatal**, c'est-à-dire le suivi de grossesse hors hospitalisation jusqu'à l'accouchement (non compris). Il s'agit de l'ensemble des femmes dites " femmes réseau " et définies comme étant suivies par un médecin adhérent au réseau et désireuses d'accoucher à Clamecy (ou dans une autre maternité du réseau en cas de survenue de problèmes en cours de grossesse). P1 est ainsi constituée de 213 femmes : 208 qui ont accouché à Clamecy et 5 dans une autre maternité adhérente au réseau et après transfert in utero.

La seconde population **P2**, nous a servi à évaluer les **modalités d'accouchement** dans la maternité de Clamecy ainsi que les transferts post-natals. Il s'agit de l'ensemble des femmes ayant accouché à Clamecy, quelque soit la façon dont elles ont été suivies (en réseau ou non).

Ces deux premières populations sont différentes du fait de la présence de femmes non suivies par un médecin réseau mais qui, volontairement, ont choisi d'accoucher à Clamecy.

Le tableau ci-dessous résume l'ensemble de ces éléments :

Tableau n° : différentes populations considérées

		Femme va consulter	
		un médecin réseau	un médecin non-réseau
Femme désire accoucher	dans une maternité du réseau (Clamecy ou autres si transfert)	femme réseau 213 femmes P1 (208 accouchements à Clamecy, P2 5 accouchements ailleurs)	femme non-réseau 34 femmes (34 accouchements à Clamecy P2)
	ailleurs	femme non-réseau	femme non-réseau

Durant cette période de 18 mois, le réseau a donc pris en charge 213 suivis de grossesse (pour des “ femmes réseau ”). C’est la population dite P1. Six de ces femmes ont bénéficié d’un transfert anténatal vers une des maternités du réseau. Mais une d’entre elles a été re-transférée à Clamecy où elle a accouché, il y a donc cinq femmes qui ont accouché dans la maternité d’accueil du transfert : 4 à Dijon ; 1 à Nevers.

La population P2 est constituée par 242 femmes ayant accouché à Clamecy pendant la période considérée : 208 correspondent à des “ femmes réseau ” et 34 à des femmes “ non-réseau ”. Ces 242 accouchements ont donné lieu à 245 naissances.

1.3. Les sources d'informations

Concernant les données quantitatives, elles sont au nombre de trois. C’est leur croisement qui a permis d’évaluer la réalisation des différents objectifs que s’est donné le réseau.

En premier lieu, les *fiches de déclaration de grossesse de la caisse d'allocation familiale*.

La deuxième source d'information est constituée par *les carnets de suivi de grossesse* élaborés par les acteurs du réseau.

La troisième source d'information est double : il s’agit du *registre d'accouchements et des dossiers d'accouchements de la maternité*. Y figurent notamment certains

232

1.4. Méthode d'analyse de l'évaluation de la procédure de prédépistage

La procédure de prédépistage comporte la première consultation de la femme chez le médecin et la transmission de l'information sur la nouvelle grossesse à la sage-femme réseau.

La visite à domicile de la sage-femme réseau rend effectif le dépistage global des risques, dépistage débuté par le médecin pour le risque médical.

Différents critères de jugement, quantitatifs et qualitatifs, seront utilisés dans l'évaluation de cette phase de prédépistage.

Analyse de l'efficacité globale du dispositif de prédépistage

Le processus aboutissant à la visite de la SFR est complexe puisqu'il met en jeu l'expertise propre et l'engagement dans l'action de différents professionnels, la qualité de leur interrelation et également, la compréhension que les femmes ont du dispositif proposé et leur désir d'y adhérer.

Globalement, le processus peut être considéré comme un succès absolu si toute femme suivie par un médecin réseau a pu voir la SFR le plus tôt possible compte tenu de sa date de déclaration.

Nous avons retenu trois indicateurs afin de mesurer la qualité finale du prédépistage :

- le pourcentage de femmes” pour lesquelles la SFR a reçu l'information d'une nouvelle grossesse ;
- parmi ces dernières, le pourcentage de femmes vues ;
- le pourcentage de “ femmes réseau ” vues avant 23 SA.

Le choix du seuil de 23 SA s'explique ainsi :

- cette durée de grossesse constitue la limite admise à partir de laquelle une réanimation du nouveau-né peut se justifier ;
- c'est le terme choisi par les acteurs du réseau pour réaliser l'échographie morphologique ;
- enfin, c'est le début de la période à partir de laquelle la majorité des pathologies liées à la grossesse commenceront à se manifester de façon plus fréquente et visible.

Analyse de la dynamique de la procédure de prédépistage

Les 18 mois étudiés ont été divisés en 3 semestres afin d'analyser l'évolution au cours du temps des indicateurs choisis, ce qui permet de mettre en évidence l'existence d'un apprentissage des procédures par les acteurs, marque de la dynamique interne du réseau.

Analyse de la contribution propre des médecins

Les médecins n'étant pas les seuls acteurs de la transmission de l'information sur les nouvelles grossesses, il est possible de calculer leur *contribution relative* à cette phase du prédépistage.

De plus, l'implication des médecins dans cette procédure peut être mesurée par la vitesse avec laquelle ils transmettent l'information, c'est-à-dire le délai moyen qui sépare la date de la première consultation de la femme enceinte de la date de transmission de cette information.

Analyse des dispositifs de rattrapage

Dans chaque cas, on peut mesurer le pourcentage de femmes “ rattrapées ” et calculer alors le taux global de réussite de la procédure d'information en considérant le pourcentage total de femmes dont la grossesse a été connue par la sage-femme réseau, quel que soit le mode de transmission de l'information.

Analyse comparative de la procédure de prédépistage par rapport à l'ancienne procédure

L'efficacité relative du nouveau dispositif par rapport à l'ancienne procédure peut être mesurée de deux façons :

- par le nombre de femmes prédépistées et qui ne l'auraient pas été par l'ancienne procédure (analyse rétrospective des fiches de déclaration de grossesse en notant les risques repérables)
- par le raccourcissement éventuel du délai de transmission de l'information (lorsque celle-ci parvient avant la réception de la DG).

Analyse des causes potentielles d'échec de la procédure de prédépistage

Ce processus peut donc être mis en échec par différents facteurs intriqués rendant leur analyse difficile :

Le facteur femme : plus une femme déclare tardivement sa grossesse, plus la précocité du dépistage en sera affecté ; de plus les femmes peuvent altérer la procédure, soit en refusant de voir la SFR (ce qui ne s'est produit que deux fois), soit en différant la date de sa venue.

Le facteur médecin : il apparaît *a priori* le plus déterminant dans la mesure où le médecin, censé être à l'origine de l'information sur les nouvelles grossesses, peut fragiliser l'ensemble du dispositif en oubliant ou en omettant volontairement de transmettre à la SFR cette information ou en le faisant avec retard.

Le facteur sage-femme : la SFR peut, pour diverses raisons, ne pas s'être rendue au domicile d'une femme signalée ou avoir différé sa visite.

2. RÉSULTATS

Nous ne fournirons ici qu'un résumé des résultats concernant la réalisation des principaux objectifs contenus dans la charte du réseau, à savoir :

- Les résultats du prédépistage, du dépistage et le type de suivi mis en place.
- La réalisation des échographies, le partage des suivis entre les différents professionnels, le respect du passage de main entre médecins et maternité
- Les transferts anténataux
- Le devenir des nouveau-nés et en particulier les transferts postnatals

2.1. *Le prédépistage*

Résultats globaux de la procédure de prédépistage et évolution

Le taux global de signalement par les médecins est de $127/213 = 60 \%$

Le taux global de succès des procédures de rappel est de $53/86 = 60 \%$.

Au total, le taux global de transmission de l'information est donc de $180/213 = 84,5 \%$.

Le taux de transmission par les médecins a augmenté au cours du temps. Les procédures de rattrapage, d'efficacité relativement constante, ont permis de récupérer environ 2/3 des cas non signalés.

Comparaison des deux procédures de prédépistage

La nouvelle procédure d'information sur les grossesses débutantes permet un gain quantitatif. En effet, la déclaration de grossesse n'a pas été reçue pour 36 femmes, ces femmes n'auraient donc pas pu être prédépistées selon la procédure ancienne. Or 75 % (27/36) de ces femmes ont été signalées par un acteur du réseau. Ainsi, les _ du déficit du dispositif administratif ont été rattrapés. Le pourcentage supplémentaire de nouvelles grossesses connues par la sage-femme réseau grâce au nouveau dispositif est d'environ 20 % (27/124). Le nouveau dispositif est donc plus fiable.

Par ailleurs le nouveau dispositif, en court-circuitant l'ancien comme nous l'avons expliqué plus haut, permet un gain à la précocité du dépistage. La sage-femme réseau est le plus souvent avertie par le médecin avant la réception du feuillet de déclaration de

grossesse (78 % des cas). Dans ces cas là, un gain en précocité de l'information est important (38 jours).

Par contre, lorsque le feuillet de déclaration de grossesse est reçu par la sage-femme réseau avant que le médecin ne l'ait informée (22 % des cas) la nouvelle procédure n'apporte rien.

Ces résultats quantitatifs et qualitatifs s'expliquent en grande partie par le comportement des médecins quant à la transmission de l'information.

Sur le plan quantitatif

L'une des raisons permettant d'expliquer le déficit relatif de transmission par les médecins était prévue (cf. histoire de la formation du réseau) : certains médecins généralistes ne transmettent pas d'informations sur les nouvelles grossesses pour lesquelles, en raison de l'absence de problèmes sociaux évidents, ils jugent inutile la visite de dépistage à domicile de la SFR. Autrement dit, ils semblent réduire le rôle de cette dernière au dépistage de problèmes sociaux qui leur auraient échappé. Certains n'ont probablement pas intégré l'intérêt d'une démarche systématique de prévention et sous-estiment le poids des informations et des conseils sur la grossesse que la sage-femme peut transmettre lors de cette visite et son apport en matière de responsabilisation des femmes, ce dernier élément ne semble pas au centre de la préoccupation des médecins.

Afin de préciser ces points, nous avons réalisé une analyse comparative de la procédure d'information par les médecins. Il en résulte que le taux de transmission varie considérablement d'un médecin à l'autre. Globalement ceux qui suivent le plus de grossesses ont plutôt une efficacité meilleure que les autres, mais il existe un certain nombre d'exceptions à cette règle. *Ces résultats posent clairement le problème de l'adhésion de certains médecins aux objectifs de dépistage du réseau.* Notre opinion (mais que nous ne pourrions valider qu'à l'issue des entretiens prévus avec certains médecins) est que c'est d'abord par l'extension du fonctionnement en réseau à d'autres secteurs plus importants de leur activité (urgence, gériatrie, chirurgie) couplé à une revalorisation financière du travail de dépistage qu'on pourra aboutir à une amélioration de leur perception de l'intérêt de cette fonction et donc améliorer son efficience.

Sur le plan qualitatif

En ce qui concerne la comparaison détaillée de la procédure de transmission, le délai moyen de transmission de l'information d'une nouvelle grossesse à partir de la première consultation est de 26 jours mais avec un ET de 16,5 jours et une différence marquée entre généralistes (31 jours) et spécialiste (23 jours).

La distribution du délai de transmission est très variable selon les grossesses considérées. La proportion de nouvelles grossesses pour lesquelles les médecins ont transmis l'information le jour même de la déclaration (ce qui semble a priori le plus simple en terme d'organisation) est toujours restée inférieure à 20 % (10 % au deuxième semestre 1996, 15 % au premier semestre 1997, la médiane de délai passant de 15 à 13 jours). Un certain nombre d'explications peuvent rendre compte de ces résultats. Il semble, en particulier, que certains médecins estiment que la grossesse ne peut être considérée comme véritablement installée qu'à l'issue de la seconde visite, arguant qu'en cas de fausse couche précoce, l'intervention rapide de la SFR pourrait alors créer une situation difficile sur le plan psychologique. Néanmoins, ce différé du signalement va jouer surtout pour des grossesses déclarées au début du second trimestre qui ne représentent que 5 % à 8 % des grossesses, et ne nous paraît donc pas de nature à avoir affecté sensiblement la performance globale. *On peut donc se demander si l'explication fournie par certains médecins ne constitue pas une rationalisation de leur réticence de nature culturelle à s'engager dans cette procédure.*

Il existe, par ailleurs (données non fournies en tableau), des différences marquées de rapidité d'information entre les médecins généralistes. En général, les performances des médecins qui suivent le plus de grossesses sont relativement bonnes, à une exception près, et rejoignent, voire dépassent, celles du spécialiste. A l'inverse, les médecins qui suivent peu de femmes enceintes signalent plutôt moins souvent ou avec des délais plus longs.

Analyse des échecs du prédépistage

Sur le plan quantitatif

Il existe 33 femmes (15,5 %) qui n'ont pas été connues par la sage-femme réseau et n'ont donc pas bénéficié de sa visite. Ces 33 échecs sont dus à un non-signalement par les acteurs du réseau, couplé avec soit une déclaration de grossesse non reçue (9 cas) ou reçue après l'accouchement (3 cas), soit à deux refus de la part des femmes. Les autres cas sont dus au fait que, lors du premier semestre de la période d'étude, la SFR attendait le signalement de la grossesse par le médecin pour intervenir. Depuis, dès réception d'une fiche de déclaration de grossesse pour une femme non signalée, elle téléphone directement au médecin concerné et lui demande son accord pour effectuer la visite à domicile.

Sur le plan qualitatif

Sur la période analysée (2^{ème} et 3^{ème} semestres), 70 % des femmes vues par la sage-femme réseau, l'ont été dans les délais optimaux (avant 23 SA) permettant alors au processus de repérage des risques de se faire précocement. En ce qui concerne les échecs qualitatifs, c'est-à-dire les 37 femmes vues à 23 SA ou plus tardivement, il n'y

avait que trois cas de déclarations postérieures à 23 semaines (après 26, 27, 36 SA). Sur les 34 femmes restantes, pour 17 d'entre elles la sage-femme réseau n'avait pas été informée par les médecins et, pour 13 des 17 autres, le délai de transmission par les médecins était supérieur à 4 semaines.

2.2. Le dépistage (résultats de la visite de la sage-femme réseau)

Risques repérés

Parmi les femmes ayant bénéficié de la visite à domicile, environ la moitié (54 %) ont été considérées comme à risque par la SFR.

La distribution des différents risques parmi les femmes est objectivée par le diagramme suivant qui montre que certaines femmes présentaient simultanément plusieurs risques

Efficacité relative de la nouvelle procédure de dépistage

Nous avons vérifié que 2/3 des femmes considérées comme à risque à la suite de la visite de la SFR, n'auraient pas été dépistées à partir des 5 facteurs de risque repérables sur la déclaration de grossesse.

La procédure mise en place dans le réseau afin de dépister les risques, basée sur une visite systématique à domicile, apparaît donc très supérieure à la procédure classique, pour autant qu'elle n'engendre pas de surdépistage. Afin de vérifier ce dernier point, une analyse qualitative de 50% des dossiers des femmes dépistées a été faite qui n'a montré aucun « faux positif ».

Décisions en matière de suivi

Le tableau suivant montre les choix faits en matière d'adaptation de suivi selon les risques repérés :

Tableau : Orientation donnée en fonction de la nature des risques repérés

Type de risque		nb de femmes	suivi PMI	suivi obstétricien	suivi intersecteur psychiatrie	hospitalisation
1 risque	Social	17	16	0	0	0
	Médical	28	21	2	0	1
	Psychologique	6	2	0	2	0
2 risques	Social + médical	18	18	1	0	1
	Social + psychologique	10	10	0	0	0
	M é d i c a l + psychologique	9	9	0	2	0
3 risques		9	9	1	1	0
pas de risques		83	0	0	0	0
Total		180	85	4	5	2

Dans 11 cas, la sage-femme a orienté la femme vers des acteurs du réseau autres que la PMI :

- l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile (5 cas),
- l'obstétricien pour avis (4 cas),
- la maternité pour hospitalisation (2 cas).

En ce qui concerne le suivi, il a été renforcé pour 87 % des femmes repérées à risque par l'intermédiaire de la sage-femme de PMI. Cette intervention a été demandée dans tous les cas où existait un risque social sauf un. Par contre, en cas de risque médical isolé, la PMI n'a été sollicitée que dans 75 % des cas. En cas de risque psychologique, le recours à la PMI a été demandé une fois sur 3 avec une fréquence identique à celle de l'intersecteur.

2.3. Le suivi de la grossesse

Distribution du carnet réseau

Le carnet de suivi est globalement bien distribué aux femmes, puisque **84 %** des femmes ayant accouché à Clamecy l'avaient reçu. En ce qui concerne les carnets manquants, soit nous n'avons pas pu le récupérer lors de l'accouchement (la femme l'ayant oublié chez elle), soit il n'a pas été distribué, surtout lors du premier semestre d'observation ou pour certaines femmes entrées tardivement dans le réseau.

Sa distribution semble être la procédure la mieux intégrée dans la pratique des médecins généralistes puisque qu'au premier semestre 1997, le taux a presque atteint 100 %

Réalisation des échographies

Echographie de datation

Pour 14 % de femmes nous n'avons pas d'information sur l'échographie de datation : soit l'échographie n'a pas été réalisée, soit l'échographie a été faite mais non inscrite sur le carnet. Parmi les dossiers renseignés, 70 % des " femmes réseau " ayant déclaré leur grossesse avant 12 SA ont passé l'échographie de datation à la " bonne " date et aucune échographie n'a été réalisée après 20 SA.

Echographie morphologique

Elle est essentielle pour dépister les malformations potentielles et doit être réalisée entre la 21^e et 23^e SA. 10 % des dossiers ne comportent pas cette information.

En considérant tous les dossiers non renseignés comme des échecs potentiels, les bons résultats (122/175 soit 70 %) vont en s'améliorant passant de 64 % au premier semestre 1996 à 73 % au premier semestre 1997.

En ne considérant que les dossiers renseignés, le taux de réussite peut être estimé à 78 %, voire 87 % si l'on inclut les échographies réalisées avant la 21^e semaine, ce qui est considéré comme un succès à l'heure actuelle.

Echographie de croissance

L'échographie de croissance doit être réalisée entre la 31^e et 33^e SA. Pour environ 17 % des femmes, la date de cet examen n'a pas été retrouvée dans le carnet. En prenant en compte les dossiers bien renseignés, 75 % sont réalisées à la bonne date. Aucune échographie de croissance n'a été réalisée après la 37^e SA.

Conclusion sur les échographies

En ne tenant compte que des dossiers renseignés (80 %), ce sont les dates de l'échographie de datation qui paraissent les moins bien respectées. Ceci est dû en partie au faible intervalle de temps existant entre la date de déclaration et les dates butoirs, mais pourrait probablement être amélioré par une meilleure gestion des rendez-vous. Ce défaut léger n'influe pas sur la qualité du suivi échographique ultérieur puisque l'échographie morphologique, la plus importante en termes de dépistage des malformations, est réalisée dans 87 % des cas dans l'intervalle de temps optimal. Enfin, du fait que toutes les femmes suivies dans le cadre du réseau ont eu leur échographie de croissance avant 37 semaines, les conditions de l'accouchement sont bien documentées par l'équipe de la maternité, facteur reconnu pour être déterminant dans la sécurité de l'accouchement.

Suivi clinique

Nombre de consultations par femme

Au cours de la période d'étude les " femmes réseau " ont bénéficié en moyenne de 11,9 consultations, soit 5 de plus que la norme qui est de 7 consultations. Ceci est dû, en particulier, au fait qu'un quart des femmes ont eu plus de 15 consultations au cours de la grossesse. Il s'agit des femmes à risque bénéficiant d'un suivi par plusieurs acteurs.

Les sages-femmes de PMI sont intervenues pour plus de 45 % des femmes et en moyenne à 4 reprises, soit un nombre de fois identiques à celui des généralistes

Analyse des grossesses potentiellement mal suivies

12 femmes peuvent être considérées comme étant dans ce cas, c'est-à-dire qu'elles ont eu moins de 7 consultations malgré un accouchement à terme. Mais l'examen approfondi des dossiers permet de préciser ces cas :

- 4 sont de faux positifs : ces femmes ont bénéficié du nombre recommandé de consultations, mais la consultation initiale de déclaration de grossesse n'a pas été notée et le carnet a été ouvert secondairement par la sage-femme réseau,
- sur les 8 femmes restantes, toutes ont bénéficié d'au moins 3 consultations :

- ⇒ 3 femmes, suivies ailleurs au début de la grossesse, sont entrées tardivement dans le réseau et ont été suivies ensuite normalement par l'équipe obstétricale de Clamecy ;
- ⇒ 2 femmes ont fait leur déclaration de grossesse au premier trimestre mais n'ont pas été signalées par leur médecin qui les a probablement suivies sans leur ouvrir de carnet et donc sans noter la consultation sur le carnet. C'est la SFR, à qui elles avaient été signalées par un autre intervenant qui leur a ouvert un carnet, mais tardivement. Une des deux femmes était en grandes difficultés financières et sociales.

Au total, **seules trois femmes**, ont eu réellement moins de 7 visites car elles ont fait leur déclaration de grossesse tardivement (à 27, 29 et 36 SA).

Passage de main ville / maternité

Toutes les femmes, sauf une, ont été vues à la maternité avant leur accouchement. Nous avons vérifié sur les dossiers, que le “ passage de main ” du médecin généraliste vers la maternité, que ce soit en direction du gynécologue de la maternité ou des sages-femmes, s'était toujours réalisé, à deux exceptions près, avant la fin du 7^e mois.

On constate donc *un bon respect des règles de suivi entre spécialistes et médecins généralistes*. Les 17 femmes n'ayant pas eu de consultation par le gynécologue obstétricien ont toutes été vues après le 7^e mois par les sages-femmes de l'hôpital. Elles sont donc toutes connues de l'équipe obstétricale. Près de 95 % des femmes ont vu une sage-femme de la maternité, soit pour les consultations de préparation à l'accouchement, soit pour 1 ou 2 consultations au voisinage de l'accouchement. Les 9 autres ont été vues au moins une fois par l'obstétricien avant d'accoucher.

Suivi par l'intersecteur de pédopsychiatrie infanto-juvénile

4 femmes repérées comme présentant un risque potentiel de trouble de la relation précoce mère/enfant ont été prises en charge avant l'accouchement.

Commentaire sur le suivi des grossesses

La qualité du suivi ressort des points suivants :

Il existe une bonne adaptation des modes de suivi aux risques des femmes. Le suivi constaté correspond bien aux décisions prises après la visite de dépistage par la SFR. On constatera, en particulier, que le nombre cumulé de consultations, échographies comprises, est de 15, soit le même que celui pratiqué aux Pays-Bas.

Cette adaptation effective du suivi a été rendue possible par une bonne transmission des informations entre les différents acteurs du réseau, transmission dans laquelle la SFR joue un rôle essentiel en favorisant la coopération entre les différents professionnels et en garantissant la cohérence des pratiques pendant la phase anténatale.

De ce fait, aucune “ femme réseau ” n’a eu moins de 4 consultations et 1,5 % seulement ont eu moins de 7 consultations.

Les examens échographiques, notamment de dépistage des malformations, ont été en général réalisés aux dates prévues et presque tous par un même opérateur qualifié, obstétricien de la maternité, ce qui est un facteur connu de cohérence à la fois dans l’interprétation comparative des différents examens et en terme de conséquences sur les pratiques cliniques. En particulier, il a eu l’occasion d’intervenir lors de ces examens, en direction de ses confrères, pour les conseiller.

Les généralistes ont respecté la règle du passage de main au 7^e mois, ce qui fait que toutes les femmes du réseau étaient connues de l’équipe obstétricale au moment de l’accouchement.

2.4. Analyse des transferts postnatals immédiats et secondaires

Analyse des transferts anténataux

6 femmes, c’est-à-dire 2,47 % du total, dont une mère porteuse d’une grossesse gémellaire, ont bénéficié d’un transfert in utero vers une des maternités du réseau : 4 en direction du CHU de Dijon, 1 vers le CH de Nevers, 1 vers le CH d’Auxerre. Ce chiffre est le double de celui constaté dans l’enquête nationale de G. Bréard de 1995.

Cinq de ces femmes ont accouché dans la maternité du transfert in utero.

La 6^e a bénéficié de deux transferts avec un retransfert vers Clamecy à l’issue de son premier transfert.

La qualité d’un transfert peut être mesurée par le délai entre celui-ci et l’accouchement de la femme : plus ce délai est long, plus on peut estimer qu’il s’agit d’un transfert bien préparé et non décidé au dernier moment. Par ailleurs, on peut espérer dépasser le cap dangereux et retransférer alors la femme dans la maternité d’origine où elle était suivie.

La gestion des transferts anténataux peut donc être jugée bonne pour les raisons suivantes :

- Tous les transferts sauf un faisaient suite à au moins une hospitalisation dans la maternité de Clamecy : 2 femmes ont bénéficié d'une seule hospitalisation avant transfert, 2 ont été hospitalisées à deux reprises, une trois fois.
- La cinquième femme, arrivée aux urgences de Clamecy en début de travail à 28 semaines d'aménorrhée, a été transférée trois heures après son arrivée, directement et donc sans avoir été hospitalisée en maternité, par le SMUR de Dijon avec qui existe un accord spécial (mais non officiel).
- Quatre femmes ont accouché après au moins 24 heures d'hospitalisation dans la maternité de transfert ce qui témoigne d'une gestion correcte de ces transferts par l'équipe obstétricale de Clamecy, d'une préparation satisfaisante en amont, en accord avec les maternités de référence. Aucun de ces accouchements ne s'est déroulé en urgence.
- Une femme a bénéficié de deux transferts et a pu donc, après un premier transfert au CHU et avec l'accord de la maternité de référence, revenir à Clamecy passer une partie de sa grossesse à proximité de son domicile avant d'être retransférée une seconde fois à Dijon pour y accoucher.
- Enfin, une femme a été transférée pour échappement à la tocolyse après avoir été hospitalisée à Clamecy pour menace d'accouchement prématuré. Elle a été alors retransférée, une fois toute menace d'accouchement écartée, vers la maternité de Clamecy, *où elle a accouché à terme.*

Tous ces éléments témoignent de la qualité des transferts anténataux, conséquence d'une gestion commune et coopérative entre les équipes de la maternité de proximité et de la maternité de référence et aboutissant au respect des accords de transferts et de retransferts dans la majorité des cas.

Par contre, on peut s'interroger à propos d'un cas. Même si l'accord passé avec la maternité de Dijon a permis un transfert rapide vers le CHU de la femme porteuse d'une grossesse gémellaire et présentant une menace sévère d'accouchement prématuré, cette situation aurait probablement pu être évitée par une meilleure surveillance en amont.

Devenir des enfants après la naissance

	nombre d'enfants	%
retour à domicile	238	97,1 %
transfert postnatal immédiat	3	1,2 %
transfert postnatal secondaire	4	1,6 %
Total	245	100,0 %

Aucun enfant n'est décédé. Sept (2,9 % versus 8,7 % au plan national) ont été transférés. Cet abaissement très significatif ($p < 0,001$) résulte de plusieurs facteurs : d'abord, les grands prématurés ont été transférés en anténatal ; ensuite, le taux de prématurés et d'hypotrophes naissant à Clamecy est inférieur à la moyenne nationale. Ces différences dans le recrutement montrent que le réseau a effectivement réussi à sélectionner pour ses accouchements les cas à bas risque, mais n'expliquent pas tout. Si on tient compte du fait que 68 % des transferts nationaux concernent des enfants à terme et donc, *a priori*, à bas risque, on peut raisonnablement mettre à l'actif des bonnes pratiques de suivi et d'accouchement la diminution du nombre de transferts postnatals.

Analyse des transferts immédiats (à partir de la salle de naissance)

Trois transferts ont eu lieu à partir de la salle de naissance. Deux enfants, nés à 36 SA, correspondent à une grossesse gémellaire ; d'abord transférés à Dijon pour 3 jours, ils ont été transférés dans un deuxième temps à Auxerre pour rapprochement maternel. Le 3^e, né à terme après césarienne a été transféré à Nevers pour inhalation de liquide amniotique. Dans ces trois cas, les suites ont été simples. Aucun de ces cas ne justifiait *a priori* d'un transfert anténatal sauf à considérer qu'aucune grossesse gémellaire ne devrait pas être prise en charge par une maternité de niveau I ce qui se discute dans le cadre d'un réseau. En particulier les jumeaux constituaient, compte tenu des circonstances, une contre-indication formelle à un transfert in utero, étant donné le risque d'accouchement pendant le transport. Il s'avère donc qu'en dépit d'une organisation excellente du suivi de grossesse, de l'accouchement et d'une optimisation des transferts en anténatal, il demeurera un certain nombre de nouveau-nés qui devront être transférés en urgence à partir de la salle de naissance. Les SMUR pédiatriques restent donc un élément essentiel d'une organisation efficace des soins périnataux qui ne saurait rentrer dans le concept du zéro défaut.

Analyse des transferts secondaires

Sur les 4 nouveau-nés transférés entre J1 et J7 tous étaient à terme et de poids normal. Pour deux d'entre eux, le transfert a eu lieu à Avalon, lieu d'exercice du pédiatre consultant de la maternité de Clamecy. Ces transferts étaient liés à l'existence d'une infection materno-fœtale nécessitant une antibiothérapie IV. Le troisième été transféré à Nevers pour traitement de maladie hémolytique ABO. Le quatrième a été transféré à Dijon pour suspicion de CIV qui a été confirmée. Comme celle-ci ne nécessitait pas de traitement spécifique l'enfant a été retransféré 24 heures après à Clamecy. Ces 4 transferts secondaires se sont déroulés dans des conditions excellentes. Par ailleurs, aucun de ces nouveau-nés ne justifiait d'un transfert en anténatal.

Au total, l'analyse des transferts primaires et secondaires montre que ceux-ci se sont réalisés correctement et qu'aucun d'entre eux ne pouvait être anticipé, c'est-à-dire donner lieu à transfert anténatal à l'exception du cas discuté plus haut de grossesse gémellaire.

Annexe 2

L'accouchement physiologique aux Pays-Bas

Dans cette partie, nous avons cherché à reprendre un certain nombre de données contenues dans les entretiens effectués avec les femmes afin de décrire le déroulement d'un accouchement néerlandais et de préciser la manière dont l'action et la capacité d'initiative est répartie entre les différents acteurs impliqués : de quelles marges de manœuvre dispose la femme, en quoi peut-on ou non considérer qu'elle maîtrise davantage le déroulement de son accouchement qu'une française prise dans le système hospitalier, comment comprendre l'attachement que les femmes néerlandaises qui l'ont expérimenté ont par rapport à l'accouchement à domicile ? Telles sont les questions sous-jacentes à cette présentation.

Toutes les femmes interrogées mentionnent l'apparition d'un certain nombre de transitions majeures dans le déroulement de l'accouchement, qui peuvent être rapprochées des différentes phases du processus telles qu'on les trouve classées dans la littérature obstétricale. A notre avis, il ne faut pas en conclure que les femmes lisent toutes, ou ont toutes lu, cette littérature, mais il est plus juste de voir dans ce parallèle une certaine cohésion entre la sage-femme, d'une part, qui décide de venir et de rester en se basant sur la connaissance qu'elle détient de ces différentes étapes, et d'autre part, la femme qui alerte la praticienne, et qui, apparemment, ressent la nécessité d'être assistée dans un certain nombre de processus et d'événements bien particuliers.

« A un moment donné, je ressentais une telle pression ... cela n'allait plus durer des heures ... Alors j'ai dit à P. qu'il ferait bien d'appeler la sage-femme, parce que ça allait très vite » (J., Lineke).

Sans vouloir effacer d'autres situations et interventions importantes évoquées par ces femmes, c'est suivant les quatre phases principales que les femmes ont évoquées que nous présenterons cette partie : les prémices du travail, l'adaptation à l'accouchement, l'étape de l'expulsion, et la naissance à proprement parler. Nous porterons une attention particulière sur la question de connaître ceux qui, dans les récits, se mobilisent pour aider au franchissement d'un pallier vers un autre, et ce, afin de comprendre le type de travail ainsi réalisé. Nous formulerons ensuite un certain nombre de conclusions, qui se rapportent en partie à des remarques déjà énoncées dans des paragraphes précédents.

1. LES PRÉMICES

« Nous sommes même allés faire les boutiques ce jour-là. Je n'avais pas vraiment de contractions. Avec le premier, on ne sait pas trop ce que c'est. Mais je me sentais bizarre depuis quelques jours ... » (J., Rianne).

« Eh bien, le mercredi et le jeudi, j'étais à la maison, j'aidais à réaménager le salon, dans la maison de mes parents. J'avais des crampes dans le ventre, qui devaient déjà être des contractions ... Le jeudi, nous étions attendus à un mariage, mais j'ai pensé qu'il valait mieux ne pas y aller. J'avais des crampes, et je préférais être chez moi lorsque l'accouchement commencerait ... Les crampes sont devenues pires dans la soirée ... De temps à autre, je me levais pour faire quelques pas. J'avais des contractions dans le dos, et je ne pouvais pas rester assise.

Question : Maintenant, tu parles de contractions, mais tout à l'heure, tu appelaient cela « des crampes » ...

A ce moment-là, je ne savais pas très bien ce que c'était. Avec le recul, je peux affirmer que c'était bien des contractions » (F., Rianne).

A quel moment commence l'accouchement, on ne le sait pas très précisément. Nombreux sont les récits qui, à un moment donné, laissent apparaître un changement de terminologie : on passe du mot « crampe » à celui de « contractions ». La transition est difficile à localiser, mais elle semble d'abord être une question de durée.

« J'ai commencé à souffler un peu, et pendant deux heures, les contractions se sont manifestées à intervalles réguliers. J'ai pensé ... Tiens, ça pourrait bien être cela » (J. Rianne).

« J'ai trouvé que c'était différent des durcissements du ventre que j'avais pu avoir. Voyons si ça recommence ... Eh oui, cinq minutes plus tard, cela reprenait. Et comme les contractions arrivaient toutes les cinq minutes, je me suis dit que l'accouchement avait commencé » (J., Lineke).

« A quatre heures du matin, j'ai été réveillée par des crampes ... J'en avais toutes les cinq minutes, alors j'ai pensé que c'étaient des contractions » (C., Janine).

Ensuite, la transition de l'étape de « crampes » vers celle de « contractions » - c'est-à-dire le déclenchement effectif de l'accouchement - passe parfois par la perte des eaux, qui, en association avec ces « crampes » facilitent la compréhension de ce qui se produit.

« J'étais allongée sur le canapé, sous une couverture, lorsque j'ai perdu les eaux. J'ai crié, pour que M. [son partenaire] arrive ... Il s'est assis à côté de moi, et m'a demandé ce qui se passait. Je lui ai dit que j'avais des crampes dans le dos, que j'avais des contractions dans les reins » (C., Janine).

C'est également la présence potentielle de la sage-femme qui peut déterminer cette transition. Parfois on revient alors en arrière vers une situation ambiguë, et parfois, cette présence, même potentielle, permet de glisser vers l'étape suivante, celle du *travail*.

« J'ai eu mal au ventre toute la nuit du dimanche et tout au long du lundi ; et la nuit du lundi, j'ai perdu les eaux. J'ai appelé Janine, et elle m'a dit qu'il fallait attendre que les contractions commencent, et qu'elle viendrait voir vers 10 heures du matin » (M., Janine).

« J'ai appelé Rianne vers 7 heures, et je lui ai raconté comment je me sentais. Elle m'a répondu que si j'étais encore en mesure de lui téléphoner et de lui expliquer tout cela, c'est qu'il ne se passait encore rien de bien sérieux. Alors je lui ai demandé de m'expliquer ce que je devais faire dans l'immédiat ... » (F., Rianne).

« Il se passait 7 minutes entre les contractions. Je me suis dis que je pourrais continuer comme cela pendant des heures, alors je suis allée me coucher sans inquiétude. Vers 4 heures du matin, j'ai commencé à avoir très mal. J'ai appelé Rianne, et elle est arrivée vers 5 :30. Je lui ai dit que je pensais que les contractions avaient commencé, mais que je ne savais pas à quel stade j'en étais. Je souhaitais qu'elle vienne voir » (J., Rianne).

Ainsi, le passage de l'étape de « pré-travail » à celle des contractions réelles relève à la fois du corps, des agents obstétricaux, et d'une évaluation, acquise, du temps : les femmes savent que les « crampes » doivent devenir régulières pour passer du stade de « pré-travail » à celui de contractions. Il est intéressant de relever ici que la sage-femme est requise par sa cliente en tant qu'agent obstétrical, mais que la femme n'accorde pas tellement d'importance, à ce stade, au fait que celle-ci soit auprès d'elle. Les femmes rapportent que les sages-femmes sont capables d'évaluer la situation au téléphone – soit parce que la cliente exprime très clairement l'urgence de son appel, soit parce la sage-femme connaît l'histoire obstétricale de sa cliente.

« Mon mari a téléphoné

A-t-elle demandé à te parler ?

Non. En général elle arrive à évaluer, d'après le contexte, s'il reste encore du temps. Elle n'est pas arrivée tout de suite. Les accouchements de mes sœurs, dont elle avait

été la sage-femme, et ceux de ma mère aussi, avaient duré une éternité. Alors j'ai pensé que ce serait pareil pour moi ... » (M., Rianne).

« Très vite j'ai eu une contraction toutes les minutes. J'avais tellement mal que je ne pouvais rien faire, excepté m'agripper à quelque chose ... J'étais assez affolé ... j'ai demandé à mon mari de faire le lit et d'appeler Rianne. Elle a répondu qu'elle serait là vers 5 heures. Mais je lui ai dit que je l'appellerais un quart d'heure plus tard si les contractions continuaient ainsi. En fait, elle est arrivée avant que je ne parvienne à la rappeler ... » (E., Rianne).

« E. [son partenaire] a téléphoné à Lineke, et elle m'a demandé d'aller à l'hôpital. Elle allait venir elle aussi. Elle m'a dit que la dernière fois, l'accouchement avait été tellement rapide qu'il était inutile qu'elle vienne d'abord m'ausculter chez moi ... Et effectivement, tout est allé très vite ... » (M., Lineke).

Il apparaît ainsi que ces interrogations (*est-ce l'accouchement qui commence, ou non ?*) auraient vite été oubliées si elles n'avaient pas effectivement marqué le début de l'accouchement : les ambiguïtés, qui caractérisent l'incertitude des premiers signes tendent à manifester un caractère de plus en plus spécifique.

Dans un autre article, nous avons analysé le récit d'une personne qui avait passé des heures chez son coiffeur, à s'interroger si ce qu'elle éprouvait était des crampes ou de véritables contractions. Quelques heures plus tard, le bébé naissait, ce qui lui fit remplacer *a posteriori* le terme de *crampes* par celui de *contractions*, et qui transforma le récit en une histoire hilarante : elle avait passé toute la période de douleurs à se faire coiffer et ensuite, à attendre dans les embouteillages, alors même qu'elle était plus que pressée de rentrer chez elle ! Il arrive que les femmes se leurrent, et même qu'elles trompent leur sage-femme. Dans les deux cas, elles s'attribuent ce comportement trompeur, dans lequel on peut voir une volonté de contrôler ce qui se déroule, dans une situation qui, objectivement, aurait dû exiger encore plus de leur part.

« Elle est arrivée autour de 9-10 heures et elle a dit d'emblée qu'étant donné mon calme, il n'y avait encore rien à espérer. Puis elle a procédé à un examen interne, et il s'est avéré que j'en étais à la dilatation totale ! Je pouvais commencer à pousser !

Question : Rianne ne s'était pas du tout rendu compte que tu en étais déjà à ce stade ?

Non. Mais je crois que j'ai réussi à bien me relaxer grâce au yoga. J'avais une conscience très active de mon corps » (F., Rianne).

2. LE TRAVAIL

Dans ce passage de l'étape de crampes à celle de contractions, il est un point où l'on peut voir un dispositif quelque peu durable se mettre en place, et dans lequel la gestion

des contractions semble être possible. De tels dispositifs sont tous constitués de composants constants. Parmi ceux-ci, on compte bien entendu la présence de la femme et de son corps. Puis vient l'implication que l'on attend du partenaire. Il y a également un certain nombre éléments du mobilier, sur lesquels la parturiente peut s'asseoir, s'appuyer, ou sur lesquels elle peut fixer son regard. Et, bien sûr, il y a la sage-femme ou l'équipe de l'hôpital. Dans une naissance à domicile, ce dispositif s'organise suivant sa propre logique ; mais dans l'accouchement à l'hôpital, une bonne partie de l'environnement matériel et humain se détermine et fonctionne dans une logique indépendante des particularités de chaque accouchement.

Parmi les personnes constituant ce dispositif, certaines apparaissent pendant le travail, d'autres arrivent une fois que tout est terminé ; l'une d'entre elles vient pour évaluer l'événement. Il est demandé à certains des participants d'effectuer une intervention particulière, et à un instant donné, et à d'autres moments, leur simple présence suffit. Il s'avère que ce balancement entre l'attitude active et l'attitude (potentiellement) passive est le plus calme et le plus agréable lorsqu'il est dirigé par (le corps de) la femme. Certaines autres interventions peuvent être dérangeantes mais apparemment nécessaires ; et d'autres encore peuvent être perçues comme de franches violations de ce subtil état de concentration. On est en présence, dans ce processus, d'un *moi* d'une importance majeure, qui ne doit en aucun cas être soumis à d'autres *moi* – les interruptions ne peuvent être acceptées que dans le cas où elles participent de ce *moi*, de ce corps, et non lorsqu'elles tendent à placer un autre acteur sur le devant de la scène.

*« Entre temps, la situation était devenue assez chaotique. Le lit n'était pas encore prêt, et **pour moi** il était hors de question que P [son partenaire] me laisse seule pour aller faire le lit. P. ne faisait rien de particulier, mais **je** ne voulais pas qu'il me laisse. Alors c'est Rianne qui s'est chargé de tout organiser » (E., Rianne).*

*« **J'ai dit à H** [son partenaire] de descendre, parce que tout ce que je voulais, c'était rester seule ; j'étais pliée en deux dans mon lit, et cela me suffisait » (Ma., Rianne).*

Ce qui ne signifie pas que d'autres participants ne puissent rien faire – à condition qu'il soit clairement établi que ce qui est fait serve effectivement l'accouchement, et n'aille pas à l'encontre du couple femme / corps. Ainsi, même si certaines interventions - où il est demandé à la femme de s'allonger pour un examen interne, de monter à l'étage pour la dernière phase de l'accouchement, où l'on rompt la poche des eaux – sont désagréables pour la femme, elles sont souvent évoquées sous leur aspect inévitable, et dans un certain sens avec la conscience du soutien apporté.

*« **Je sentais** que c'était ma position, et je ne voulais pas en changer. Lorsqu'elle est arrivée, je lui ai demandé si j'étais censée m'asseoir sur tabouret de naissance. Je ne pouvais pas imaginer devoir changer de position : dans ce grand fauteuil, les pieds sur le repose-pieds, j'étais exactement dans la bonne attitude. Puis elle m'a demandé de monter à l'étage, parce que qu'elle devait m'examiner. **Je ne pouvais même pas***

envisager de faire cela. *En haut, elle a pratiqué cet examen interne, et je ne sais quoi encore » (J., Lineke).*

« Elle [Lineke] était très calme, elle marchait, venait de temps à autre dans ma chambre. Puis, il est arrivé un moment où je ne pouvais plus supporter les contractions, et où j'ai pu me mettre à pousser.

N'a-t-elle pas regardé si tu étais arrivée à une dilatation totale ?

Non. Elle a dit que la dernière fois l'accouchement avait été tellement rapide, qu'elle voyait que je pouvais déjà pousser. J'ai laissé aller ... et effectivement, tout est allé très vite » (M., Lineke).

*« H. [son partenaire] m'a demandé s'il devait appeler Rianne. Mais moi, **je ne voulais pas** l'appeler trop tôt. Alors **je lui ai demandé** de téléphoner à J. [une tante qui assiste à toutes les naissances de la famille]. J'avais entièrement confiance en elle. H. était très calme. Il est descendu tranquillement pour appeler J. Il lui a juste demandé de passer, il ne lui a pas dit que le travail avait déjà commencé ... Il était donc très tranquille, et lorsque Rianne a dit que j'en étais à la dilatation totale, il n'avait aucune idée de ce que cela pouvait signifier. Il pensait qu'on allait avoir des contractions pendant des heures encore. Ce qui fait qu'il est resté très serein » (Ma., Rianne).*

« Elle m'a demandé si j'avais déjà perdu les eaux. Je lui ai dit que non. Alors, elle a rompu la poche des eaux, et c'est là que l'accouchement a vraiment commencé. Bon sang ! Ces derniers instants ... Tu vois ce que je veux dire ? » (J., Rianne).

« Elle a écouté le cœur. Je trouvais que ce qu'elle faisait était assez pénible. Cela me déconcentrait. Je pensais « mais qu'on arrête avec ça », mais je ne le lui ai pas dit » (J., Lineke).

*« Il avait un chewing-gum dans la bouche. Comme il était assis derrière moi, je sentais cette forte odeur de menthe. Cela m'a complètement dépassée : il fallait absolument qu'il jette ce chewing-gum. Il a été obligé de l'avalier, parce qu'il ne pouvait pas quitter sa place non plus. J'avais des contractions dans les reins, et **il fallait** qu'il appuie. Qu'a-t-il fait d'autre ? Quand nous étions encore en bas, **je voulais** un coussin, et **il a dû aller** en chercher un à l'étage. C'est lui qui **a dû aller faire** la bouillotte. Ce genre de choses.*

Question : Cela le mettait-il mal à l'aise ?

Il est resté calme, alors que d'habitude, il est plutôt agité. Cette fois, nous n'avons pas eu de problèmes par rapport à cela. Il est resté à côté de moi tout ce temps » (J., Lineke).

Il est intéressant de constater que c'est dans la subtilité que se met en place une conjecture intéressante : les épisodes vécus comme les plus violents, et les plus intrusifs sont ceux où d'autres acteurs / participants s' imposent sur le devant de la scène, sans

que cette attitude ne serve les intérêts du corps, de ce *moi* en action, ou ne favorise le déroulement du processus. Ceux qui sont perçus comme générant le moins de violence sont ceux qui n'adoptent pas spécifiquement une attitude de soutien : il est reconnu que dans cette situation où ils se sentent handicapés par leur impuissance devant la douleur de leur compagne, les partenaires dont l'action est la plus salubre, sont ceux qui ne font rien de particulier. Ce qui compte, c'est la manière dont ils le font.

« Il est resté à l'étage, mais il ne voulait pas voir cela. Il ne supporte pas trop la vue du sang. Mais cela me convenait » (J., Rianne).

« Pendant la poussée, chaque fois qu'une contraction arrivait, je demandais « Que se passe-t-il ? ». C'était mon corps qui agissait, et mon esprit ne suivait pas. Elle [la sage-femme] m'a dit assez brutalement que je n'avais qu'à retenir la leçon. Plus tard, nous nous sommes demandés pourquoi elle a explosé de la sorte. D'où cela venait-il ? Nous pensons que c'est allé trop vite, pour elle aussi. Qu'elle était aussi effrayée que nous » (C., Janine).

« Que faisait Rianne ?

Elle regardait le foot avec T [le mari]. J'étais en train de mourir de douleur, et elle ne faisait rien !

Tu sembles indignée par cela. Qu'aurais-tu souhaité qu'elle fasse ?

Rien de spécial, si ce n'est de rester auprès de moi, et de me demander comment je me sentais. Mais elle riait !

Tu n'as pas eu le sentiment qu'elle essayait de te soutenir ?

Non, c'est bien la dernière chose qu'elle ait faite » (J., Rianne).

« A un moment donné, on m'a dit que j'en étais à la dilatation totale, et que je pouvais commencer à pousser ... mais je poussais, et je poussais, et j'avais le sentiment que cela ne menait nulle part ... Puis, le gynécologue m'a dit que le derrière du bébé était là. Puis, une fois que le petit derrière était sorti, le gynécologue a dit qu'il allait m'aider à pousser sur la contraction suivante, parce qu'il fallait vraiment que l'enfant sorte rapidement. Je pensais qu'il appuierait un peu sur mon ventre, mais il a presque sauté sur moi. Hans s'est dit « Mais qu'est-ce qui lui prend, maintenant ? ». Il a pris appui de ses deux mains sur moi, et il a sauté sur mon ventre. Il fallait vraiment que le bébé sorte vite. Mais je n'étais pas préparée à cette méthode. Il m'avait bien dit que l'enfant devait naître immédiatement, mais je ne savais ni quoi ni comment. Alors quand il m'a dit qu'il allait pousser avec moi ... je n'en avais aucune idée. Cela m'a choquée, et j'ai beaucoup souffert aussi. Mais le bébé était bien là : on m'a soudain posé quelque chose sur le ventre, et je me suis demandée ce qui se passait » (Ma., Rianne, premier enfant – siège).

« Une fois de plus, la poussée était inefficace. Alors à ce moment là, je me suis dit que je ne recommencerais plus jamais. A un certain moment, Rianne m'a dit de sentir la

tête, mais je ne le voulais pas. Elle pensait que cela m'aiderait à pousser encore plus fort. Elle m'a pris la main, et elle a voulu me faire toucher la tête. J'ai crié que je ne le voulais pas. H [son partenaire] lui a dit de ne pas m'y obliger puisque je n'en avais pas envie. Je trouvais que c'était terrifiant. Je ne voulais pas regarder dans une glace, non plus. Quand je lui ai dit que je ne voulais pas sentir la tête, elle a insisté. Elle a pris ma main, et cela m'a terrifiée » (Ma., Rianne, deuxième enfant, chez elle).

Ce qui perturbe l'harmonie de l'événement, ou sa disharmonie dirigée, ce sont presque toujours des interventions ressenties comme inutiles ou évitables. Un examen interne, la rupture artificielle des membranes, voilà des actes qui font partie de jeu. Mais les participants, eux, se doivent de répondre de leur présence active ou passive à toutes les demandes de la parturiente, qu'elles soient explicites ou implicites. Il est évident que ce dispositif est amené à devenir un ensemble moral – où l'impulsion est donnée par la femme, et ne doit pas être soumise aux contraintes des autres participants. C'est ce qui explique pourquoi certaines interventions particulières - *Continuez à marcher, prenez une douche, je vais devoir rompre les membranes, je dois vous faire une épisiotomie maintenant* – ne sont pas attribuées à une sage-femme qui « s'imposerait » mais plutôt à ce que lui inspire le corps de la femme ; alors que d'autres interventions peuvent, quant à elles, revêtir un caractère très désagréable, car elles émanent d'un participant bien trop préoccupé par le contrôle qu'il peut exercer.

On ne peut donc pas en conclure que les appareils soient perturbants et que les humains soient rassurants. La question essentielle est plutôt de savoir qui dirige qui, qui est stimulé par qui. C'est l'entité de la femme et de son corps qui entraîne les autres avec elle, et non l'inverse.

« J'étais reliée au monitoring, et ma sœur me disait « Il y a une autre contraction qui arrive » alors même que je ne la sentais pas encore. C'était étrange. C'était ma sœur qui me disait que tout allait bien ... » (Ma., Janine, à l'hôpital).

« Je m'accrochais à la veste de l'assistant. A sa poche, je crois A un moment donné, j'ai tiré tellement fort que je l'ai entièrement arrachée. Il a dit que ce n'était pas grave, que de toute façon il en avait encore d'autres. Il était vraiment très gentil. Il ne cessait de me dire que je m'y prenais très bien. On peut aussi tomber sur des gens qui ne disent rien ou qui ne cherchent pas à vous stimuler » (Ma., Janine, à l'hôpital).

Ces différences concernant la mesure dans laquelle on parvient à gérer le travail semblent être liées à l'aspect « moral » de l'ensemble, considéré dans son évolution : on peut tracer un parallèle entre la capacité à gérer les douleurs et la capacité des participants à se laisser guider par la femme, par sa personne et par son corps. Ce qui n'implique pas que chacun doive être actif en sa présence, mais plutôt que chacun lui soit complètement réceptif. Les émotions changent à mesure que l'on approche de la

phase d'expulsion : et là, il faut absolument éviter qu'un des participants cède inutilement le pas à une contrainte extérieure.

Il est évident qu'à ce sujet, les hôpitaux montrent une plus grande résistance que l'environnement personne de la parturiente : l'hôpital est soumis à des contraintes établies, auxquelles l'accouchement est obligé de se plier.

« Lorsque je suis arrivée, il l'y avait pas une chambre de libre. Alors je suis restée dans la salle des consultations, sur un drôle de petit lit, vous savez, ces étroites tables d'auscultation » (M., Lineke).

« Mon accouchement était censé être déclenché le vendredi. Mais le jeudi, j'ai reçu un coup de fil de l'hôpital : on me demandait si cela me dérangeait de venir un jour plus tard. Moi, j'avais le vendredi en tête, je m'étais vraiment préparée pour le vendredi. On m'a dit que ce jour là, on ne pourrait pas me recevoir correctement. Que ce serait mieux si je venais un jour plus tard. C'était vraiment très contrariant » (Ma., Janine).

3. LA POUSSÉE

Si le travail est soutenu par un ensemble de participants impliqués émotionnellement, dès lors que la femme éprouve le besoin de pousser, ou qu'elle y est invitée par la sage-femme, les données changent une nouvelle fois - ou disons plutôt que les relations au sein du dispositif s'amplifient, s'intensifient. Deux changements interviennent en particulier. D'abord, il se produit une modification dans la relation entre la femme et son corps. Pendant le travail, il apparaît que la femme détient un *moi puissant* qui se mobilise et qui mobilise les autres, afin de former un ensemble durable et capable d'apporter un soutien consistant à la tâche menée tant par le corps que par ce même *moi*. A mesure que l'on avance vers l'expulsion, c'est le physique qui tend à prendre les commandes.

« Il y avait ce corps qui poussait, et je ne pouvais rien y faire. Mon corps et mon esprit étaient complètement dissociés » (C., Janine).

Ensuite, tous les participants doivent apporter leur soutien activement, qu'ils le souhaitent ou non.

« A un moment, Rianne lui a dit de ne plus rester assis dans son coin, mais de venir tenir mes jambes, parce qu'il fallait que je pousse » (Ma., Rianne).

Chacun semble s'impliquer plus activement : le compagnon s'assoit à côté ou derrière sa partenaire pour lui tenir les membres, et souffle avec elle ; la sage-femme est indéniablement présente et particulièrement, activement réceptive. On ne peut pas dire que les éléments constituant ce dispositif changent, même si à ce stade, la sage-femme prépare un certain nombre d'instruments qui peuvent lui être nécessaires pendant et

juste après l'expulsion (pour couper le cordon, procéder à une épisiotomie, et à des points de suture). Ce n'est que lors de leur utilisation que ces instruments produisent un effet de surprise, vite dépassé toutefois.

« Elle m'a piquée, et ensuite, je l'ai vue s'approcher avec ces ciseaux, je pensais qu'elle ferait une seule incision, et que ce serait tout. Mais elle en a fait une autre, peut-être parce que je perdais beaucoup de sang. Je ne m'y attendais pas du tout ... » (M., Janine).

« Derrière les coussins, peut-être, je ne sais pas. Je ne sais pas. Ce que je sais c'est que par moments, elle écoutait, mais pour le reste ... » (J., Lineke).

« Elle vérifiait constamment si je poussais bien dans le bon sens : par vers ma tête, mais bien vers le bas. Je contractais trop mes muscles » (J., Lineke).

« Il était derrière moi. Il m'apportait à boire, essuyait mon visage. Sa sœur était assise à côté de moi, et retenait ma jambe. L'autre jambe, c'est moi qui la tenais. Janine était assise au pied du lit » (M., Janine).

Ici encore, et comme nous l'avons souligné précédemment, l'activité environnante est censée apporter un soutien à l'accouchement et à ce couple fragile, la femme et son corps, que toutes les personnes interrogées placent au centre de leurs récits.

Un gynécologue qui saute sur le ventre de la parturiente, une sage-femme qui tente de forcer une femme à toucher la tête du bébé à naître : notre propos n'est pas de suggérer ici que ces mesures étaient inutiles, du point de vue de l'obstétrique, puisque nous ne sommes pas en mesure d'en juger. Par contre, il s'avère que ces mesures ont été perçues comme des moyens violents et de peu de soutien, et c'est sur ces actes que nous voulons attirer l'attention. Il n'est rien qui, de quelque manière et à quel moment que ce soit, n'exige le recours à une seule et unique méthode - il existe toujours la possibilité de mettre en place une logique dans laquelle chaque action trouve sa juste place, sa propre cohérence.

Si le couple femme – corps peut être leurré par un trop grand nombre d'actions déplacées, l'ensemble environnant peut lui aussi être trompé par le corps. Il peut arriver qu'un ensemble calme et passif reste en place alors même que la parturiente est sur le point de commencer l'expulsion.

« Elle est arrivée autour de 9-10 heures et elle a dit d'emblée qu'étant donné mon calme, il n'y avait encore rien à espérer. Puis elle a procédé à un examen interne, et il s'est avéré que j'en étais à la dilatation totale ! Je pouvais commencer à pousser ! Rianne ne s'était pas du tout rendu compte que tu en étais déjà à ce stade ? Non. Mais je crois que j'ai réussi à bien me relaxer grâce au yoga. J'avais une conscience très active de mon corps » (F., Rianne).

4. APRÈS LA NAISSANCE

Avec la naissance proprement dite, les énergies diminuent un peu en intensité. L'ensemble voit apparaître de nouveaux participants, ainsi qu'une nouvelle définition de ce qui doit être fait, et par qui cela doit être fait. Nous commencerons par la description de la naissance à domicile, qui se démarque quelque peu de la naissance en milieu hospitalier.

En premier lieu, nous voyons que l'assistante de maternité arrive, pendant les dernières contractions. Les femmes qui ont accouché avec une praticienne du premier échelon, passent la période de suite de couches chez elles ; c'est à ce titre que l'assurance prend en charge pendant huit jours la rémunération d'une assistante de maternité, qui s'occupe de la jeune maman et du nouveau-né, pour une durée allant de quelques heures quotidiennes à des journées complètes. Elle peut effectuer des tâches ménagères, mais sa mission principale consiste à prendre soin du nourrisson, et à enseigner aux jeunes parents ce qu'il ne sauraient pas encore faire – l'allaitement, le change, le bain. Etant donné que la plupart des partenaires ne bénéficient pas de congés maternité, l'assistante prend également en charge le flot des visites, pour permettre ainsi à la maman de se reposer.

Cette assistante de maternité est censée arriver vers la fin de l'accouchement, afin d'aider la sage-femme : elle prépare les vêtements du bébé, elle fait couler le bain, elle lui donne les ciseaux en temps utile ; il arrive qu'elle encourage la parturiente pendant les contractions, et l'aide, par la suite, à prendre une douche. La plupart des femmes font référence à l'arrivée de l'assistante de maternité, mais celle-ci n'a pas de véritable impact sur le cours des événements, ni pendant, ni après l'accouchement. Mais sa présence peut être d'un grand intérêt pour la sage-femme, et pour la jeune maman dans la période de suite de couches :

« Elle avait fait venir l'assistante de maternité, et elles étaient encore en retard ... Bon, les contractions étaient espacées de quatre minutes, et j'ai dû pousser trois fois. Et c'était terminé ! Le bébé était là ! » (J., Rianne).

« L'assistante de maternité était là, et elle m'a dit que cette dernière étape serait la plus pénible » (F., Rianne).

« L'auxiliaire maternelle est entrée pendant que je poussais. Elle s'est présentée mais je n'ai pas pu enregistrer son nom à ce moment-là. Tout ce que j'ai pensé, c'était « Vas t'asseoir quelque part » (J., Lineke).

« Je n'arrivais pas à imaginer que tout allait se jouer à ce moment précis. Tout était prêt, et l'assistante de maternité était là » (C., Janine).

D'un autre côté, la présence d'un *tiers accompagnant* peut avoir plus d'importance que ce que nous venons de citer ne laisserait penser. Certaines femmes se sont organisées pour que d'autres personnes assistent à l'accouchement. Ainsi, outre le

partenaire et la sage-femme, une sœur (qui a déjà travaillé par deux fois comme assistante de maternité), ou une tante (dont l'expérience est établie) peuvent, par leur présence, remplacer l'assistante institutionnelle.

« H. [son partenaire] m'a demandé s'il devait appeler la sage-femme. Mais comme mes contractions étaient toujours espacées de 12 minutes, ce ne n'était pas nécessaire. Je voulais plutôt qu'il téléphone à J. [une tante qui assiste à toutes les naissances de la famille]. Si J. n'avait pas été là, j'aurais immédiatement fait venir la sage-femme. Mais J. a une telle expérience, elle a assisté à tous les accouchement dans la famille – y compris le mien ! J'avais entièrement confiance en elle » (Ma., Rianne).

« Il devait être vers les 7 :30 lorsque ma sœur est arrivée. Elle allait rester là tout au long de l'accouchement ; elle est aussi assistante de maternité. Je l'ai appelée, et heureusement, elle était là à temps. J'allais juste partir à l'hôpital lorsqu'elle est arrivée ... Elle m'a dit qu'il fallait que je garde les pieds au chaud. Comme elle portait des chaussettes de laine que sa belle-mère avait tricotées, elle me les a données. Nous en avons fait une photo qui est très drôle » (Ma., Janine).

« Ce qui était bien, c'était que ma belle-sœur était notre assistante de maternité, et elle a également assisté à l'accouchement. C'était elle qui comptait, pendant que J. [son partenaire] me massait » (M., Janine).

Ces « accompagnants à la naissance », ces assistantes de maternités en viennent à assumer un rôle majeur au sein de l'ensemble. Ils sont familiers, et peuvent à ce titre se placer dans une relation physique avec la parturiente, au contraire de l'assistante de maternité, ce personnage inconnu qui vient là pour la première fois.

« Ma sœur se tenait à côté de moi et retenait ma jambe. Je tenais mon autre jambe moi-même. Et Janine était assise au pied du lit » (M., Janine).

« H. [son partenaire] était assis à côté de moi, et il retenait ma jambe. J. [la tante] se tenait du côté opposé, et elle retenait mon autre jambe » (Ma., Rianne).

Un deuxième changement intervient, lorsque le bébé est né, concernant des événements dont on attend qu'ils se produisent, mais qui ne se réalisent pas ; ou des événements qui, dans une moindre mesure, portent sur le couple femme – corps, et dont la sage-femme prend l'initiative. Ainsi, le cordon ombilical doit être coupé à un moment donné, on couche le nouveau-né avec sa mère ou avec ses deux parents, on procède à deux tests Apgar à cinq minutes d'intervalle, le placenta doit être expulsé, et une épisiotomie ou une déchirure éventuelles doivent être suturées.

« J'ai dû prendre la bébé moi-même pour voir si c'était une fille ou un garçon. J'ai pu la garder avec moi, et je l'ai allaitée tout de suite » (J., Lineke).

« C'est arrivé très vite. Ils l'ont placée sur ma poitrine une heure après la naissance » (F., Rianne).

C'est lorsque ces attentes ne se concrétisent pas, ou lorsque des décisions sont prises indépendamment de l'avis la femme, que l'on évalue le mieux leur importance :

La non-réalisation de ces événements, la prise de décision sans consultation de la femme concernée font ressortir à quel point ces faits étaient attendus.

« Il m'ont immédiatement pris le bébé ! Ils lui ont donné un biberon avec du glucose et tout. Ils disaient que j'étais trop fatiguée pour l'allaiter. Alors que c'était tout ce que je voulais faire ! » (B., 1996).

Un troisième changement qui se manifeste à la naissance du bébé, concerne le cadre dans lequel s'est déroulé l'accouchement : son rôle et sa valeur apparaissent à ce stade, alors qu'ils étaient pratiquement absents des récits sur les phases du travail ou sur la naissance. Pendant les douleurs, certains objets présentent une utilité spécifique (pour s'appuyer, pour pousser), et le lit comme la douche sont d'un précieux bénéfice dans la gestion des contractions. Mais l'environnement global de la femme qui enfante est plutôt « absent », et n'intègre jamais l'ensemble des données obstétricales. Ce qui change profondément, une fois passée la naissance.

« C'était très agréable, comme cela, à la maison. J'ai tout de suite eu des visites. J'ai demandé quand mes beaux-parents pourraient venir.

Question : A qui as-tu posé la question ?

Je l'ai demandé à Rianne alors même que j'étais au téléphone avec ma mère. Elle m'a dit qu'ils pouvaient venir tout de suite. A l'hôpital, tout est plus ... on vient voir le bébé que la sage-femme vient juste d'aider à naître. Ici, les gens peuvent venir tout simplement, comme d'habitude. On peut téléphoner à qui on veut. On est chez soi » (F., Rianne).

Ce que les femmes remarquent, une fois que le bébé est né, c'est qu'il se passe beaucoup en dehors d'elles. Elles ne représentent plus l'élément central, et cela ne les affecte plus autant. Cette modification qui intervient dans l'ensemble, et en particulier dans les relations nouvelles qui s'établissent après la naissance entre la femme et son corps, trouve une bonne illustration dans le récit d'une des clientes de Rianne. Après le second entretien, j'étais sur le point de partir, lorsque E. me dit :

« Beaucoup de choses sont restées dans ma mémoire d'une manière subconsciente. Par exemple, Rianne m'avait dit à un certain moment, qu'elle baignait habituellement le bébé lorsqu'il était encore lié au cordon ombilical. Sur le moment, j'ai pensé que je n'aimerais pas avoir cette gêne entre mes jambes. Mais en fait, c'était merveilleux ! Par la suite, je lui ai demandé pourquoi elle faisait cela. Cette pratique vient de Turquie où on lave la tête du bébé du sang et des excréments lorsqu'il est mouillé. Mais la raison principale est que dans cette méthode, le cordon ombilical est agité et stimulé pendant le bain, ce qui permet au placenta de se détacher plus vite. Et la sage-femme peut profiter du bain pour tester les réflexes de

l'enfant. Ma fille était dans son bain, et moi dans mon lit. Lorsque le cordon a été coupé, nous étions toutes deux confortablement au chaud » (E., Rianne).

Prendre ainsi le bébé, lui donner un bain tandis qu'il est encore relié au corps de sa mère, tout cela convient bien à E. – les relations et les objectifs se sont quelque peu détendus. Après ce témoignage, il m'est apparu qu'aucune des femmes n'abordait ce sujet spontanément, mais si je leur demandais de m'en parler, elles s'en souvenaient. Apparemment, ce point particulier, que Rianne annonce rarement et qui semble assez inhabituel en soi (aucun livre ne l'évoque, et il n'est jamais mentionné comme un acte banal dans les préparations à l'accouchement), n'est pas assimilé à une intervention violente : il semble plutôt vécu comme un acte qui, dans l'esprit des femmes, peut être accepté comme normal, ou du moins, peut être réduit à un acte effectivement posé, mais dont l'effet de surprise ne va pas à l'encontre des désirs ou des attentes de chacune. On peut aussi considérer qu'elles soient prêtes à ce que quelqu'un prenne la relève, une fois que le bébé est né.

« Question : Qu'a-t-elle fait encore ? T'en souviens-tu ?

Elle a laissé le cordon ombilical intact pendant quelque temps. Elle a même mis le bébé dans son bain alors qu'il était encore relié au cordon.

Question : Il était toujours rattaché à toi ?

Oui. Ce qu'elle a fait aussi, c'était de lui faire faire des exercices sur mon ventre. Elle l'a fait marcher sur mon ventre. Et là, je pouvais bien voir le cordon ombilical » (F., Rianne).

« Elle a posé le bébé sur mon ventre, puis elle lui a donné un bain, alors qu'il était encore relié au cordon. Pour mon second, qui est né à la maison, je ne savais pas qu'elle allait faire cela.

Question : Cela ne t'a-t-il pas gênée ?

Non. Ma belle-sœur était très étonnée. Elle disait que c'était vieux jeu.

Question : As-tu demandé à la sage-femme pourquoi elle faisait cela ?

Non. Je ne sais pas. Je crois qu'elle aime vraiment faire cela. Elle doit penser que c'est ainsi qu'il faut procéder. Mon fils aîné est né à l'hôpital, et là, elle n'en a rien fait. Mais à l'hôpital, c'est un peu différent » (M., Rianne).

« Quoi qu'il en soit, j'ai appelé la sage-femme, et elle m'a dit de retourner me coucher dans mon lit. Mais j'avais encore tellement d'énergie, que cela me paraissait absurde : Comment, ça, me coucher ? ! » (C., Janine).

Ces témoignages nous montrent également que, même si Rianne met en place un protocole bien défini et incontournable, la relation avec la femme et son corps suit une évolution, une fois que le bébé est né, et les interventions sont mieux acceptées.

Pour ce qui concerne les femmes accouchant à l'hôpital, les changements induits par la naissance du bébé sont différents de ceux que l'on peut trouver dans la naissance à domicile. On ne voit pas arriver de nouveaux participants (comme l'assistante de maternité par exemple). D'autres, dont la présence était manifeste, disparaissent (le monitoring, par exemple, le gynécologue qui délègue à d'autres la touche finale, ou encore les instruments employés dans une naissance techniquement assistée). Celles qui ont enfanté à l'hôpital sont et restent très conscientes de leur environnement, qu'elles considèrent « être là pour elles », mais qui représentent des partenaires incertains reflétant parfaitement la logique hospitalière de la structure où elles se trouvent. Les « consignes » peuvent provenir de n'importe quel niveau, et le couple femme - corps est guidé par une logique obstétricale qui semble subtilement différer de celle qui a cours à la maison. Après la naissance du bébé, toutes celles qui ont accouché à l'hôpital évoquent ce qu'« une prochaine fois, elles feraient autrement » et mettent ainsi l'accent sur la différence suivante : à la maison, les événements sont pris en charge, sans que la femme ne se voie dessaisie du contrôle qu'elle peut avoir sur eux, tandis qu'à l'hôpital, cette récupération des commandes est vécue comme inutile et violente.

« Bon, je suis allée à l'hôpital, j'ai perdu les eaux, le gynécologue est arrivée, il m'a incisée, et l'enfant est pour ainsi dire tombé de moi. Tout s'est fait dans l'urgence. Ce n'était pas vraiment agréable. Le gynécologue était très pressé. Une piqûre par ci, une autre par là ...

Question : Quel genre d'injection, un sédatif ?

Je suppose. J'en ai tellement voulu à cet homme-là. Toute ma partie inférieure était ouverte. Après la naissance, nous avons été eu un conflit avec lui » (M., Lineke).

« Lorsque le derrière du bébé est apparu, le gynécologue a dit qu'il allait m'aider à pousser sur la contraction suivante, parce qu'il fallait vraiment que l'enfant sorte rapidement. Je pensais qu'il appuierait un peu sur mon ventre, mais il a presque sauté sur moi. Hans s'est dit « Mais qu'est-ce qui lui prend, maintenant ? ». Il a pris appui de ses deux mains sur moi, et il a sauté sur mon ventre. De cette manière, le bébé ne pouvait que sortir vite. Mais je n'étais pas préparée à cette méthode. Il m'avait bien dit que l'enfant devait naître immédiatement, mais je ne savais ni quoi ni comment. Alors quand il m'a dit qu'il allait pousser avec moi ... je n'avais pas la moindre idée de ce qui m'attendait. Cela ma choquée, et j'ai beaucoup souffert aussi. Enfin, le bébé était bien là : on m'a soudain posé quelque chose sur le ventre, et je me suis demandée ce qui se passait » (Ma., Rianne).

« A l'hôpital, on peut faire savoir ce que l'on souhaite, mais il faut se plier à un certain nombre de règles. C'est le propre des hôpitaux. C'est stérile, c'est moins intime, je trouve. A la maison, on allume une bougie, on met de la musique ... on peut boire un verre de vin » (Ma., Janine).

Cette différence nous amène à conclure que l'accouchement est d'autant plus « dur » que le contrôle en a été pris par d'autres acteurs obstétricaux que la parturiente elle-même. Il est également important de noter à ce sujet que le vécu de l'accouchement est différent selon que le cadre en a été le domicile ou l'hôpital, ce qui reflète bien les distinctions explicites entre les deux pratiques. Ainsi, la naissance à l'hôpital est marquée par une logique propre à ce cadre : l'entité femme/corps est moins centrée et repliée sur elle-même, ses frontières sont plus perméables, elle permet plus facilement à d'autres participants ou d'autres événements de prendre le contrôle de l'accouchement. Ce qui serait considéré comme inacceptable à la maison peut, pour une large part, être pris en compte, être autorisé par le couple femme – corps, lorsque la naissance se déroule à l'hôpital. Et l'éventail des données qui pourraient être modifiées lors d'un éventuel accouchement ultérieur s'élargit. A la question de savoir quels seraient ces éléments, plusieurs d'entre eux ont systématiquement été cités. Les femmes qui ont enfanté à l'hôpital souhaiteraient faire en sorte qu'elle puissent accoucher chez elles, ou du moins qu'elles soient plus « présentes » la fois suivante.

« Je dois dire que la deuxième expérience était bien meilleure que la première. Parce que j'étais devenue plus assertive. J'exprimais mes souhaits, que l'on éteigne les lumières trop vives, je faisais plus attention à l'ambiance. Pour le premier, j'ai passé tout le temps reliée au monitoring, et je croyais que je devais rester immobile dans le lit. Mais cette fois-ci, j'ai pensé que même si j'avais des contractions, je pouvais aussi bien m'asseoir » (Ma., Janine).

Celles qui ont accouché à la maison, et qui mentionnent toutefois des épisodes dans lesquels c'est la sage-femme qui a pris les commandes à leur place, laissent subtilement comprendre que cet aménagement relevait en partie du dispositif qu'elles avaient elles-mêmes mis en place – et non la sage-femme – et qu'elles s'y prendraient de la même manière s'il fallait recommencer.

« Je ne pense pas que je changerais quoi que ce soit. Une échographie à 12 semaines, et J. [une tante] à mes côtés. Elle est merveilleuse. Je dois dire qu'il y avait quelques tensions entre Rianne et elle. Non qu'elles ne s'apprécient pas. Mais lorsqu'elle parle de J., Rianne semble toujours un peu négative. Elle m'a dit que puisque J. était là, elle viendrait un peu plus tard. Elle savait bien que de toute façon nous ferions appel à J. C'est peut-être là la raison pour laquelle J. semblait absente pendant l'accouchement. Quoi qu'elle ne soit pas d'une nature à s'imposer ... mais elle restait en second plan. Mais que veux-tu faire lorsque la situation est observée par deux personnes à la fois ? Rianne m'a dit qu'elles avaient assisté à tant de naissances, ensemble, que ce serait bien que de prendre une photo de J., du bébé, et d'elle-même tous ensemble. Mais je crois que Rianne préfère se charger elle-même de tout. Avec elle, l'assistante de maternité arrive toujours trop tard. Rianne arrange cela délibérément, parce que l'assistante est plus utile après que pendant la

naissance. De toute façon, qu'aurait-elle pu faire avant ? Dans mon cas, c'était J., l'assistante de maternité ».

D'autres, dont les récits ne font part d'aucune intervention violente, n'ont pas d'idée particulière de ce qu'elles aimeraient modifier.

« En regardant en arrière, nous sommes tout deux d'accord sur le fait que nous ne souhaiterions rien changer. Tout était très naturel. Il faisait très mauvais ce jour-là – il avait beaucoup neigé. Je lui ai demandé de nettoyer l'entrée, la sage-femme aurait pu glisser et tomber. Je regardais par la fenêtre, et voyais la neige tomber. J'avais des contractions tout ce temps. C'était naturel. Puis, je suis montée à l'étage, dans mon lit, et c'est là que j'ai eu mon enfant » (M., Janine).

5. CONCLUSIONS

Chacun des participants a sa fonction obstétricale : il participe de l'ensemble – bien qu'il soit impliqué émotionnellement – et soutient le couple femme – corps dans son action. C'est dans sa cohérence que s'évalue la qualité de cet ensemble, sur des critères de discrétion (la parturiente ne le remarque pas) et de réceptivité (les acteurs ne répondent qu'aux demandes de la femme et de son corps). Pourtant, ce couple femme - corps est aussi un agent ambigu, en ce qu'il « appartient » à la fois à la parturiente et à la sage-femme, et en ce qu'il doit être transparent aux yeux de chacune d'entre elles. Et même si toutes deux s'accordent sur le même objectif – un accouchement harmonieux – les actions de la sage-femme sont particulièrement orientées vers l'obstétrique : c'est dans ce but qu'elle a été appelée, qu'on lui a demandé de poser des actes, d'observer, de voir, d'assister, etc., et c'est également pour ces raisons que ses actions sont majoritairement suivies. Si la sage-femme parvient à articuler son travail de manière inaperçue, ou en se laissant clairement guider par la femme et par le corps de celle-ci, il ne se produit rien d'étrange. S'il s'avère qu'elle suit explicitement un schéma qui lui est personnel, sans relation évidente avec ce que vit le couple femme – corps (et même si elle estime faire le nécessaire à tous les niveaux), on juge que ses interventions déséquilibrent le processus et qu'elles en rompent l'harmonie – et ce, même lorsque la parturiente est en état d'affolement, de stress ou de douleur intenses, et que le travail est très pénible. L'hôpital est, dans les récits, décrit comme un environnement qui impose ses propres logiques, obstétricales ou autres, un environnement qui prend part au dispositif, et qui transforme la femme / le corps en une entité plus perméable. Dans ce cadre, on attend de la logique obstétricale qu'elle s'accorde néanmoins, ou peut-être d'autant plus, à la parturiente, au lieu de s'opposer à elle. Mais il s'avère que très souvent, et pour diverses raisons, ce n'est pas le cas.

Il nous est également apparu que les rapports que les femmes peuvent avoir à l'obstétrique sont variables. Mais les récits d'accouchement suivent généralement une

chronologie qui correspond à la classification qui en est faite dans la littérature obstétricale : les prémices du travail, le travail, la transition vers l'expulsion, la naissance et la délivrance. Les témoignages montrent aussi clairement que pendant les transitions d'une phase à une autre, la sage-femme est toujours présente – au téléphone, virtuellement, ou en personne. En ce sens, les rapports à l'obstétrique, considérée comme une structure et comme une pratique, sont toujours assez sereins.

En outre, nous avons pu constater que le caractère harmonieux de l'accouchement peut trouver sa source, indépendamment de ce qui se déroule en termes obstétricaux, dans l'implication émotionnelle de l'ensemble des participants autour de la femme, du corps qui met un bébé au monde. Il convient d'en déduire que tout ce qui est considéré comme nécessaire à l'accouchement, seraient-ce même une péridurale ou une césarienne, ou encore une simple présence, peut être agencé de manière à procurer un soutien réel. Ce n'est pas toujours ainsi que l'on procède, en partie parce que dans la pratique, on manque beaucoup de réflexion.

Annexe 3

Synthèse de la recherche

L'organisation des soins périnataux a fait l'objet, en France, de vigoureux débats qui ont débouché sur deux constatations majeures : une inefficacité relative du système qui, en raison de l'insuffisante coordination des professionnels et du cloisonnement des établissements, n'est pas à même d'assurer une orientation optimale des femmes et des enfants à naître ou des nouveaux-nés ; une spécialisation croissante des professionnels qui rend encore plus délicate la gestion des trajectoires des femmes et le maintien d'une continuité des soins. Dans ce contexte, le « réseau » est apparu comme une forme organisationnelle qui serait à même de contourner les difficultés mentionnées : il s'agit de créer des articulations entre les professionnels, les établissements de manière à définir des filières de soins qui permettent de gérer sans heurts les trajectoires des femmes et d'en assurer la continuité.

Le premier objectif du travail présenté ici était de décrire différentes formes d'organisation de l'offre de soins, parmi lesquelles certaines dites explicitement en réseau, et d'analyser la manière dont ces organisations sont ou non associées à des filières de soins. Nous nous proposons en particulier de repérer les représentations plus ou moins explicites et partagées des acteurs quant aux trajectoires « idéales » et les mécanismes de coordination/ orientation permettant d'assurer une réalisation même partielle des filières associées à ces trajectoires idéales. Nous avons mené ce travail d'enquête sur trois dispositifs français bien différenciés, le réseau de Clamecy construit autour d'une maternité et associant les généralistes de la région, la consultation avancée

d'Issoudun, mise en place en liaison avec l'hôpital de Chateauroux après la fermeture de la maternité, et une clinique privée de la banlieue parisienne, la clinique des Noriets. Par ailleurs, afin de disposer d'un éventail de situations contrastées, nous avons adjoint à ces cas nationaux l'analyse de trois cabinets néerlandais de sages-femmes: l'organisation obstétricale aux Pays-Bas, profondément différente de celle qui prévaut en France, est basée sur le postulat d'une sélection possible des femmes en fonction de leur niveau de risque et sur l'adaptation radicale des moyens de surveillance et des formes de compétences impliquées à chacun de ces niveaux de risque ; nous tenions donc ici une version extrême du programme politique défini en France. (voir encadré 1). Sur chacun de ces différents cas, nous nous sommes donnés comme objectifs :

- de décrire l'organisation de ces dispositifs de prise en charge du suivi de grossesse ainsi que leur fonctionnement ;
- d'analyser le cas échéant la manière dont ils se sont construits en décrivant les dynamiques sociales et professionnelles qui sont à leur origine ;
- de repérer les outils formels ou informels qui permettent la coordination entre les acteurs et l'instauration d'une continuité des soins ;
- de décrire le cas échéant les filières a priori qui sont visées par tel ou tel dispositif et les mécanismes, procédures, outils qui permettent de donner une certaine visibilité à ces filières ;
- de nous interroger sur la manière dont les usagers sont intégrés ou non dans la définition de ces filières, sur les moyens mis en œuvre de manière à guider et encadrer leur parcours, voire à les faire participer, adhérer à l'organisation en cause.

Ceci étant, pour comprendre comment les trajectoires des femmes se construisent en pratique, il nous est apparu nécessaire de ne pas se limiter à une approche par l'offre, mais d'essayer de comprendre comment du point de vue des femmes, s'organise leur trajectoire propre : en effet, dans un système qui repose sur l'affirmation d'une liberté de choix laissé au patient, marqué de plus par la relative faiblesse des mécanismes de coordination qui pourraient permettre de retracer son parcours, le patient se trouve investi de fait d'un rôle important dans la détermination de sa trajectoire. Nous nous sommes donc efforcés :

- d'analyser les ressources mobilisées par les femmes (ou les couples) pour construire leur trajectoire personnelle, de repérer les décisions prises et ce qui est décrit comme déterminant dans ces décisions ;
- de décrire les modes d'interaction des femmes avec les professionnels et la manière dont elles les interprètent ;
- d'appréhender les trajectoires telles que les femmes se les représentent et de voir quelle place est laissée dans cette représentation aux critères mis en œuvre par les

professionnels et à ceux exprimés comme relevant du point de vue des femmes elles-mêmes.

Encadré 1

Aux Pays-Bas, plus de 50% des naissances ont lieu dans un environnement peu médicalisé (30% à domicile, 20% en ambulatoire ou « polyclinique »), sans utilisation de techniques usuelles en France telles le monitoring, la perfusion, la péridurale etc. Sauf si elles présentent une pathologie ou un facteur de risques, les femmes sont en principe suivies tout au long de la grossesse par des sages-femmes libérales ou des généralistes qui assurent la surveillance de l'accouchement soit à domicile, soit en polyclinique. Ces professionnels ne peuvent utiliser que des techniques très légères, l'accouchement physiologique étant considéré comme un événement naturel qui ne nécessite pas a priori d'intervention, mais une simple surveillance. Dans le cas où une pathologie apparaît, que cette pathologie préexiste à la grossesse ou émerge pendant la grossesse ou l'accouchement, les femmes sont orientées vers le second échelon, à savoir les gynécologues-obstétriciens qui exercent en milieu hospitalier, et accouchent obligatoirement à l'hôpital. Le passage entre la « physiologie » et la pathologie est assuré par une liste d'indications qui permet l'articulation entre les spécialistes de la physiologie, à savoir les sages-femmes, et les obstétriciens, spécialistes de la pathologie. Les trajectoires des femmes néerlandaises sont donc a priori assez fortement contraintes par l'organisation générale de l'obstétrique, redoublée par le système assurantiel, puisque ne sont remboursés, par les assurances publiques, que les soins correspondants à leur niveau de risque. Bien que cette organisation ne soit pas explicitement qualifiée de « réseau », son fonctionnement effectif repose sur l'existence et l'institutionnalisation, à un niveau national, de coordinations très actives entre les différents niveaux de soins. C'est la raison pour laquelle elle nous a paru un point de comparaison intéressant.

LES DISPOSITIFS D'OFFRE DE SOINS : DES MODALITÉS DE COORDINATION MULTIPLES

Une première constatation émerge de l'analyse des différents dispositifs étudiés : l'organisation du suivi de grossesse et de l'accouchement implique partout la mise en relation de différents professionnels et leur coordination en vue d'optimiser l'orientation des femmes. De sorte que l'on pourrait parler de pratiques de fait en réseau. Ceci étant, les « réseaux » que dessinent ces pratiques peuvent être assez différents les uns des autres. Afin d'en spécifier les différences, nous allons tout d'abord faire la liste des différentes modalités de coordinations que nous avons pu repérer dans les dispositifs étudiés et qui visent à assurer la réalisation de certaines trajectoires de soins :

- les règles établies par des instances d'une certaine généralité et dont la définition échappe aux acteurs qui sont partie prenante des dispositifs : par exemple, les règles définissant les compétences des différentes professions, en particulier les compétences respectives des sages-femmes et des obstétriciens qui, aux Pays-Bas comme en France, sont des règles d'extension très générale, les règles de bonne pratique et/ou la jurisprudence, certaines règles administratives, des conventions de réseau qui fixent des règles de transferts comme il en existe en France entre des établissements de différents niveaux etc.
- les règles définies collectivement par les acteurs ou une partie des acteurs impliqués dans les dispositifs : les membres du réseau de Clamecy, généralistes, obstétriciens, pédiatres, voire autres intervenants, ont signé une Charte qui a été préalablement établie par ces mêmes acteurs dans un processus soutenu de négociation ; à la clinique des Noriets, un certain nombre de protocoles existent et ont été formalisés à la suite de réunions de service.
- les outils ou procédures qui permettent une certaine transmission entre différents professionnels sans que ces professionnels n'aient à se connaître ou se rencontrer : le réseau de Clamecy est rendu à la fois actif et visible du fait de l'existence du carnet de réseau – élaboré d'ailleurs de façon collective par les membres du réseau - complètement approprié par la femme qui l'emporte dans tous ses déplacements et le fait remplir par tous les acteurs rencontrés ; le carnet permet ainsi d'assurer une bonne coordination tout en encadrant assez précisément le travail de chacun puisque chaque rubrique peut aussi être lue comme une injonction adressée au professionnel. De même il existe à la clinique des Noriets un dossier obstétrical distinct du dossier général de la patiente qui permet de faire l'articulation entre le suivi en « cabinet » par l'obstétricien de sa patiente et la prise en charge par l'établissement, lors d'examen complémentaires ou même de l'accouchement. La liste d'indications obstétricales qui est utilisée par les sages-femmes néerlandaises pour l'orientation des femmes constitue un autre dispositif de ce type.
- la circulation des personnes : à la clinique des Noriets, par exemple, nombreuses sont les personnes qui ont une double fonction et qui, à ce titre, sont conduites à se déplacer dans l'établissement et à entrer en contact avec de multiples collègues – les secrétaires des médecins font office d'aides opératoires, la responsable du service de néonatalogie s'occupe de la biberonnerie etc. - ; autre exemple, les sages-femmes de la consultation d'Issoudun assurent l'accueil et le secrétariat, font des cours de préparation, animent la gym aquatique pour femmes enceintes, surveillent les grossesses et traitent les urgences et font des gardes en salle d'accouchement à l'hôpital de Châteauroux ;
- les relations interpersonnelles, fondées sur une connaissance mutuelle et des activités en commun : les sages-femmes néerlandaises ont des relations privilégiées avec certains établissements et certains praticiens et orientent les femmes à risque en

priorité vers eux de manière à assurer une certaine continuité dans la prise en charge et la « philosophie » qui la sous-tend ; de même, les relations qu'entretient la clinique des Noriets avec son extérieur et qui tissent un véritable réseau s'établissent principalement par l'intermédiaire des relations personnelles que chaque médecin a pu nouer avec des confrères, et par voie de conséquence des établissements.

Evidemment, si l'on se place à un certain niveau de détail, on pourra dire que dans tout dispositif, ces différentes modalités sont à l'œuvre. Ceci étant, il apparaît que les dispositifs étudiés présentent des profils relativement différenciés de ce point de vue.

Le réseau de Clamecy est marqué par la prééminence des trois modes de coordination intermédiaires, à savoir les règles collectives locales s'étendant à la définition de tout type de trajectoires, les outils (carnet de réseau, utilisation systématique des déclarations de grossesse...) et la circulation des personnes : la conjonction de ces trois modalités dessinent un espace relativement « transparent ». En effet, la négociation des règles collectives a permis d'explicitier ce qui constitue un espace commun d'action, la circulation des outils et de la sage-femme réseau (voir encadré 2) permet de maintenir et d'évaluer à tout moment le réseau en fonctionnement. Cette organisation serrée qui repose sur l'adhésion des acteurs y compris des femmes se traduit par la mise en œuvre effective de filières de soins qui encadrent assez précisément les trajectoires des femmes sur un espace géographique donné, et reposent sur une définition extensive de la prise en charge qui inclut non seulement les éléments médicaux mais tout le volet psycho-social.

Encadré 2

La sage-femme réseau est une sage-femme de PMI détachée par le conseil général pour remplir sa mission au sein du réseau. Ses multiples activités sont centrales dans le fonctionnement du réseau, en particulier sous l'angle de la coordination des différents acteurs impliqués. Elle rend visite aux femmes à leur domicile vers 3-4 mois de grossesse, et cela systématiquement : à l'occasion de cette visite, elle explique le fonctionnement du réseau, remet éventuellement de carnet de suivi, et essaie de dépister les facteurs de risque qui pourraient exister. Dans le cas où elle repère de tels facteurs, elle prend contact avec les acteurs susceptibles d'apporter des solutions aux problèmes posés. Par ailleurs, elle s'entretient régulièrement avec les généralistes et leur signale les éventuels problèmes qu'elle constate. Enfin, elle participe aux réunions de la maternité dans laquelle se situe son bureau. Elle constitue donc le pivot autour duquel s'organise le réseau, en mettant en relation les femmes, la maternité, les généralistes, la PMI, les assistantes sociales, l'intersecteur psychiatrique etc.

L'organisation néerlandaise admet certains points en commun avec le réseau de Clamecy, le fait par exemple qu'il existe des règles explicites et que ces règles concernent l'ensemble des trajectoires possibles, l'inscription de ces règles dans certains outils comme la VIL (liste d'indications obstétricales). Ceci permet de comprendre que,

malgré l'éclatement dans les instances de prise en charge – une multitude de cabinets de sages-femmes – il existe des filières bien définies. Ceci étant, les règles n'ont pas été établies par une négociation impliquant chacun des acteurs ; le caractère mécanique ou rigide que pourrait avoir l'application de règles définies de façon aussi générales est tempéré par le jeu de relations interpersonnelles établies par les sages-femmes avec certains obstétriciens ou certains généralistes desquels elles se sentent les plus proches du point de vue de la philosophie de leur pratique. Par ailleurs, l'on pourrait dire que l'organisation néerlandaise se caractérise par la non-mobilité des personnes, l'absence de circulation d'un espace à l'autre, l'étanchéité entre physiologie et pathologie. Du coup, l'on obtient un panorama bien différent de celui que présente Clamecy où la femme accompagnée de son carnet se déplace d'un point à l'autre du réseau dans la mesure, où la sage-femme est l'interlocuteur privilégié et quasi-unique de la femme. La sage-femme est, dans une proportion importante de cas, le réseau à elle toute seule.

La clinique des Noriets est marquée par la faiblesse relative des règles collectives explicites, en tous cas en ce qui concerne ses relations avec les réseaux extérieurs et par la prégnance de mécanismes de coordination « pragmatiques », dossier obstétrical, circulation des personnes, relations interpersonnelles. Cette absence de règles est aisément mise en relation avec l'exercice libéral des médecins de la clinique. Ces modes de coordination s'avèrent relativement solides tant que l'identité de formation, la longue pratique du travail en commun ou l'existence de standards externes permettent de se dispenser d'explicitier plus avant les droits et obligations de chacun. Notons que centrées sur un établissement, les modalités de coordination ne peuvent concerner que les trajectoires de la clientèle. Celles-ci sont cependant assez homogènes du fait de l'existence de ces multiples formes de coordination et ne s'interrompent pas aux frontières de l'établissement : les relations privilégiées nouées par les professionnels avec des instances extérieures permettent de gérer, y compris par le transfert, la trajectoire de toute femme suivie aux Noriets à un moment de sa grossesse.

Enfin, la consultation avancée d'Issoudun se présente comme un dispositif hybride : d'un côté, il s'analyse comme un service d'un département hospitalier et donc à ce titre admet des modes de coordinations classiques, à savoir l'incorporation dans des habitudes de travail, des formes d'organisation, et des outils, d'un certain nombre de règles de fonctionnement implicites qui définissent des modalités de prises en charge pour une clientèle donnée. Mais en même temps, la délocalisation de ce service, le fait qu'il soit « avancé » ou externe défait l'évidence d'une liaison entre les différentes prestations proposées et par la même occasion défait l'univocité de la relation de clientèle. Du coup, les sages-femmes sont seules susceptibles de reconstruire de la continuité, de la cohérence, de la coordination, de par leur circulation physique et la multiplicité des activités qu'elles exercent. On obtient en définitive des trajectoires assez éparpillées sur le bassin d'Issoudun : certaines femmes vont être happées par la consultation avancée et finalement avoir un parcours assez continu et articulé. D'autres vont d'emblée s'orienter vers d'autres établissements, d'autres enfin vont se composer

une trajectoire hybride qui mélange certaines prestations de la consultation avancée à des éléments provenant d'autres médecins ou établissements : de la sorte, elles construisent en pratique l'ébauche d'un réseau de soins qui demande encore la mise en place d'outils de coordination explicites pour pouvoir avoir une véritable existence.

Il apparaît en définitive que si l'on associe l'idée de réseau à l'idée de couverture des besoins dans un territoire donné, et que l'on veuille se donner les moyens de construire des filières de soins à l'échelle de ce territoire, quels que soient les structures et les professionnels qui servent de point d'appui aux trajectoires particulières, alors il faut définir des règles explicites de conduite, faisant l'objet d'un relatif consensus – qui assurent donc la coexistence pacifique des professions et des établissements – et inscrire ces règles dans une série d'outils rendant la coordination praticable.

TROIS GRANDES STRATÉGIES DES FEMMES : DÉLÉGATION, EXPÉRIMENTATION, DÉTERMINATION

Comment les femmes s'orientent-elles dans un système de soins relativement complexe avec une offre qui, dans certaines régions, peut être très abondante ? Cette question, centrale si l'on veut se donner les moyens de intégrer les usagers, de susciter leur adhésion à de nouvelles formes d'organisation est rendue d'autant plus pertinente qu'il n'existe pas de supports d'information très développés qui fourniraient d'emblée une liste de critères par rapport auxquels les futurs parents pourraient s'orienter. Les descriptions des établissements dont ils disposent sont assez pauvres et se situent souvent dans un registre très médical. Partant de là, nous avons cherché à comprendre la manière dont se définissaient les points d'inflexion de la trajectoire, compris ici dans les termes compatibles avec ceux des professionnels : ainsi, nous avons considéré essentiellement les décisions qui concernent le choix du ou des médecins/sages-femmes, le choix de la maternité, le choix des cours de préparation. En première approximation, il est possible de distinguer trois types de trajectoires, qui renvoient à trois stratégies mises en œuvre par les femmes et que nous avons caractérisées par les termes de délégation, expérimentation, détermination.

Dans un grand nombre de cas, les termes de choix ou de décision apparaissent abusifs dans le sens où ils installent une situation bien campée dans laquelle se trouveraient définies différentes possibilités entre lesquelles la femme se prononcerait, ce qui suppose de fait qu'elle soit munie de critères lui permettant de faire un tri entre elles. Or, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de primipares, les stratégies déployées par les femmes ont pour résultat de leur éviter d'être placées dans une telle situation. En effet, les principales inflexions de leurs trajectoires se font par une sorte de **délégation** à des instances extérieures, instances en lesquelles elles ont placé leur confiance : ce peuvent être des organisations (maternités, réseaux de soins), des professionnels ou des relations personnelles, amicales, familiales etc. qui déterminent leur parcours et en sont les

garants. La chaîne de confiance constitue alors le fil conducteur de la trajectoire ; les femmes ne fondent pas a priori leurs choix sur une évaluation comparative des différentes possibilités qui sont susceptibles de s'offrir à elle, et les justifications qu'elles produisent, les critères qu'elles mobilisent a posteriori pour "expliquer" le cheminement qu'elles ont suivi se construisent au fur et à mesure de leur expérience. On peut distinguer deux sous-groupes, selon que les femmes s'en remettent à des professionnels, et l'on parle alors de prescription, ou qu'elles mobilisent des relations personnelles, stratégie caractérisée par le terme de procuration.

Dans le premier cas, la confiance s'appuie sur l'expertise professionnelle, envisagée à la fois comme expertise technique mais aussi connaissance pratique des « ficelles » permettant de tracer son chemin dans un univers médical perçu comme opaque. Bien souvent, cependant, cette expertise se trouve en arrière-plan pour la femme : c'est plutôt la fréquentation plus ou moins longue d'un médecin qui a permis de construire une relation de confiance l'autorisant à s'en remettre à lui.

Face à la double incertitude dans laquelle elles se trouvent – incertitude sur ce qu'elles désirent, et incertitude sur les qualités de « l'offre » – beaucoup de femmes adoptent ce que nous avons appelé une stratégie de substitution ou d'expérience par procuration, c'est-à-dire le recours à d'autres femmes, d'autres « elles-mêmes », qui deviennent en quelque sorte leurs représentantes par anticipation : les amies, les sœurs, les belles-sœurs, les cousines, les collègues de travail, les mères sont très souvent invoquées comme ayant été à l'origine d'une orientation vers tel ou tel praticien, telle ou telle maternité etc. les critères sont secondaires par rapport à la possibilité de pouvoir s'en remettre à des « garants », des représentants de soi-même. Autrement dit, on peut toujours mettre en avant des avantages et des inconvénients, mais l'important est ailleurs, dans le fait de pouvoir s'appuyer sur des expériences d'autres dans lesquels on a confiance et en lesquels on se reconnaît.

Cette configuration – une première orientation sur la base de relations de confiance, puis une prise en charge par d'autres professionnels et/ou un établissement – est très fréquente. Tout se passe comme si la confiance placée dans le médecin traitant, les amies, les relations etc. se déplaçait vers le médecin ou l'établissement recommandés, de sorte qu'ensuite les femmes acceptent assez facilement de suivre les prescriptions qui leur sont adressées par les professionnels. Ceci étant, cette « règle » doit être tempérée en considération de la nature même des dispositifs : certaines organisations prévoient d'emblée un suivi « global », c'est-à-dire qui intègrent les différentes interventions médicales, les cours de préparation, voire le conseil en diététique ou d'autres prestations particulières. D'autres, à l'inverse, soit ne prennent pas en charge tous ces aspects, soit comme à Issoudun proposent une série de prestations non strictement articulées les unes aux autres. Les femmes sont donc plus ou moins placées en position d'activité selon les configurations. A l'inverse, lorsque les femmes sont prises en charge dans un dispositif comme celui de Clamecy qui ne leur laisse qu'une faible latitude, la passivité que

pourrait entraîner une telle organisation est tempérée par un processus d'appropriation de leurs trajectoires par les femmes. Cette appropriation passe dans un premier temps par une intégration du fonctionnement du réseau au travers du discours porté par la sage-femme réseau et relayé par les autres acteurs et outils du réseau, puis par une mobilisation de ces critères dans des appréciations plus personnelles fondées en particulier sur la comparaison avec d'autres trajectoires connues, et s'achève souvent avec une véritable adhésion de la femme à son fonctionnement : les femmes se forgent en cours de route des critères d'évaluation qui les amènent à justifier leur parcours, voire à se le réapproprier comme le choix qu'elles auraient fait... si elles avaient été en mesure de faire un choix.

D'autres femmes, qui comme les précédentes sont dans une relative incertitude et ne peuvent s'appuyer sur une liste de critères a priori, refusent cette opération de délégation et veulent éprouver par elles-mêmes un certain nombre de possibilités. Elles ont donc une démarche **d'expérimentation**, plus ou moins active selon les cas, qui vise à se construire un espace de choix, à se doter des critères permettant ensuite de prendre une décision. Nous nous trouvons ici face à l'attitude qui, à première vue, ressemble le plus à une attitude de type « consumériste » ; or, malgré la prégnance d'un langage issu d'une conception marchande des processus – on parle de l'offre de soins, de la demande des patients ou des femmes, on insiste sur le « libre choix » des usagers comme principe organisateur fort de la médecine française – force est de constater que cette attitude est largement minoritaire dans les comportements que nous avons pu observer. Dans un certain nombre de cas, la question du choix se pose difficilement en raison de l'éloignement géographique, ou des contraintes administratives. Plus fondamentalement, il existe peu d'outils qui permettent de donner corps à cette idée de choix du « consommateur » : les informations disponibles sur les différents établissements sont surtout de nature administrative ou médicale (nombre de lits, présence de tel ou tel spécialiste...) et ne correspondent que très partiellement aux critères mis en avant a priori ou a posteriori par les futurs parents. Rien d'étonnant du coup à ce que les femmes qui cherchent à se construire un espace de choix soient, dans la plupart des cas, conduites à expérimenter par elles-mêmes les différentes possibilités qui s'offrent à elles. A chaque fois, ces femmes font l'expérience d'une ou de plusieurs organisations de soins, expérience toujours limitée, médiatisée par des dispositifs ou des personnes particulières. Il est vrai que peu d'établissements se donnent à voir de l'extérieur dans les détails, mais la question n'est pas entièrement là : compte aussi pour les parents la qualité de leurs interactions avec le personnel médical et paramédical, qui ne peut s'apprécier que dans l'interaction même. Par qualité, il ne faut pas simplement entendre ce que l'on considère être les qualités « humaines » des personnes, au sens de la gentillesse, de la capacité d'empathie... il s'agit plutôt des compétences professionnelles et de la capacité à articuler ces compétences « techniques » à la situation particulière créée par la rencontre avec les futurs parents. Autrement dit, la diffusion d'informations « objectives » sur les maternités, leur équipement, leur

personnel, leurs « pratiques » de soin ne suffirait pas à contourner cette sorte « d'épreuve de réalité » que constituent la rencontre et l'interaction avec les professionnels de l'établissement. Même si, bien évidemment, cette interaction serait modifiée par l'existence de ces supports ou procédures d'information.

Enfin, un certain nombre de femmes, multipares pour la plupart, ont au départ un scénario en tête, ce qui implique que, face à une alternative, elles disposent de critères permettant de faire des choix et leur démarche vise à essayer de déterminer les médecins, les sages-femmes, les établissements les plus appropriés pour mener à bien ce qui prend l'allure d'un projet. Leur trajectoire est alors organisée par ce projet qui en constitue le fil conducteur et s'analyse comme une série d'épreuves et de négociations permettant de créer de la **détermination**, autrement dit de rendre réel leur projet.

Nous pouvons distinguer deux grands groupes à l'intérieur de cette population, en fonction de la nature de ce qu'elles mettent en avant comme critères déterminants de leur recherche : certaines femmes recherchent un établissement qui possède des caractéristiques particulières – taille, modernité, prestations particulières... D'autres désirent contrôler le déroulement « technique » de l'accouchement, parce qu'elles considèrent que les méthodes employées dans leurs expériences précédentes ont été dommageables soit strictement sur un plan médical, soit plus largement sur la manière dont elles ont pu faire l'expérience de l'accouchement, voire sur l'expérience du bébé lui-même et des relations entre parents et enfants.

En conclusion, nous voudrions souligner deux éléments principaux : tout d'abord, il n'est pas possible de détacher la question du choix des parents du système d'offres auquel ils sont confrontés et qui, selon les endroits, se présentera de manière très différente. Dans la plupart des cas, qui impliquent une délégation partielle ou totale des parents, le choix ne se pose pas, en toute généralité, de manière abstraite, mais se présente comme un ensemble de possibilités et de critères associés rendus visibles par les médiateurs sur lesquels les parents s'appuient. Cependant, le statut des « informations » ainsi collectées est assez particulier, dans la mesure où il est difficile voire impossible de détacher le contenu de l'information de celui qui la donne, ce qui implique qu'elle n'a pas seulement valeur d'information mais plutôt de prescription, de conseil, d'avis. Ce qui nous amène à notre second point, à savoir que, pour beaucoup de parents, la question n'est pas tant d'obtenir plus d'informations, plus de choix, que d'entrer dans une démarche d'engagement réciproque (je place en vous ma confiance, ne la trahissez pas, dites-moi que faire, et je vous suivrai). C'est d'un certain point de vue ce que réussit très bien le réseau de Clamecy par l'intermédiaire, entre autres, de la sage-femme réseau qui construit la confiance en même temps qu'elle déploie tous les engagements qui ont été pris potentiellement par les acteurs du réseau à l'égard de toute femme enceinte : l'information qui est dispensée ne peut pas être abstraite de ce contexte dans lequel il s'agit de faire adhérer les femmes à une organisation, davantage que de leur présenter une liste ouverte d'options sur un mode « consommateur ».

-
- ⁱ Circulaire du 5 mai 1988 relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques.